

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 85

L'ÉTAT ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE
DES
ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME
ATTEINTE D'EXSTROPHIE DE LA VESSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 5 Juin 1929

PAR

Jacques-Eugène-Jean VERSMÉE

Né à BORDEAUX (Gironde), le 6 octobre 1903.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur....	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 85

L'ÉTAT ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE
DES
ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME
ATTEINTE D'EXSTROPHIE DE LA VESSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 5 Juin 1929

PAR

Jacques-Eugène-Jean VERSMÉE

Né à BORDEAUX (Gironde), le 6 octobre 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur....	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEG.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales..	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

Chirurgien des Hôpitaux,

Correspondant national de la Société de Chirurgie,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Décoré de la Croix de Guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,

Officier de l'Instruction publique.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, et au moment de quitter la Faculté de Médecine de Bordeaux, nous mesurons à nos regrets la force des liens qui nous attachent à elle et à tous les Maîtres que nous avons connus et aimés. Qu'ils veuillent bien tous recevoir ici l'expression de notre reconnaissance pour les leçons que nous avons reçues d'eux à la Faculté comme dans les Hôpitaux.

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur Portmann, dont l'entremise obligeante nous a permis de recueillir en Russie l'observation que nous relatons dans ce travail sous le numéro XXXV.

M. le Professeur Guyot nous a fait l'honneur de bien vouloir présider notre thèse. Nous lui présentons l'expression de toute notre gratitude pour l'enseignement clinique qu'il nous a donné avec tant d'autorité et une amabilité qui restera le meilleur souvenir de notre vie d'étudiant.

L'ÉTAT ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE
DES
ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME
ATTEINTE D'EXSTROPHIE DE LA VESSIE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Professeur Guyot une malade présentant une exstrophie de la vessie. Cette malformation, que nous savions très rare, 1 cas sur 500.000 naissances environ, nous intéressa particulièrement. Après avoir lu quelques ouvrages didactiques, nous avons été frappé du peu de renseignements qu'on y trouvait en ce qui concerne les organes génitaux de la femme. Ces renseignements variaient d'ailleurs suivant les auteurs. C'est ce qui nous a donné l'idée de consacrer notre thèse inaugurale à cette question.

Pour étayer notre étude, nous avons recherché toutes les observations d'exstrophie de la vessie chez la femme; nous les reproduisons au nombre de 37. Il en est une que nous n'avons pu retrouver, faute de références précises. Nous ne connaissons en effet que le nom de son auteur, Schild, rapporté par Hovelacque (in *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, 1912).

Nous avons considéré que les cas dans lesquels les organes

génitaux sont complètement absents n'entrent pas dans le cadre de notre travail. Nous classons dans cette catégorie le cas de Curtillet (*Archives provinciales de chirurgie*, 1893) où l'auteur nous expose un « fœtus monstrueux âgé d'environ 5 à 6 mois, qui présentait une exstrophie de la paroi postérieure du cloaque interne avec absence d'organes génitaux, de la vessie, du périnée et de l'anus ». Cette manière de voir ne semble pas avoir été admise par Hovelacque, car il cite plusieurs fois cet être comme étant du sexe féminin; nous n'avons pu nous expliquer sur quoi il se fondait, d'autant plus qu'il dit : « Nous avons signalé le cas de Curtillet, où le périnée manquait entièrement chez la femme, absence coïncidant avec une absence complète des organes génitaux externes et internes. »

Le plan que nous suivrons est le suivant :

Dans un premier chapitre nous rechercherons, par l'étude de l'embryologie, quelles répercussions peut avoir l'exstrophie de la vessie sur les organes génitaux de la femme.

Le second chapitre est composé des observations.

Dans un dernier chapitre nous ferons l'étude critique des faits rapportés et étudierons l'état anatomique des organes génitaux externes, puis des organes génitaux internes et leur physiologie.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous n'avons pas l'intention de traiter l'historique de la question, que nous trouvons fort bien exposé dans les auteurs. Nous voulons simplement relever un petit fait.

On attribue à Devilleneuve, en 1767, d'avoir reconnu le premier que la tumeur formée par la vessie exstrophée est constituée par la paroi postérieure de la vessie. En réalité, c'est à Tenau que revient cet honneur. Il écrivit en effet, en 1761, dans les *Mémoires de l'Académie Royale des Sciences*, à propos de deux cas chez des enfants du sexe masculin :

« ... et je m'assurai que la tumeur membraneuse qui sortait du ventre, et à laquelle se rendaient les deux uretères et l'ouraqué, était la vessie, ou du moins la partie postérieure de la vessie, car toute la partie antérieure de ce réservoir de l'urine ne subsistait pas...

» ... Je remarquai, à l'ouverture de cet enfant, que les uretères aboutissaient aux deux trous de la tumeur; c'était encore la partie postérieure de la vessie qui formait ici une hernie par la ligne blanche et dans le voisinage de l'ombilic... »

CHAPITRE II

QUELLE REPERCUSSION PEUT AVOIR L'EXSTROPHIE DE LA VESSIE SOUS LES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME?

Telle est la question que nous nous proposons de résoudre par l'étude de l'embryologie.

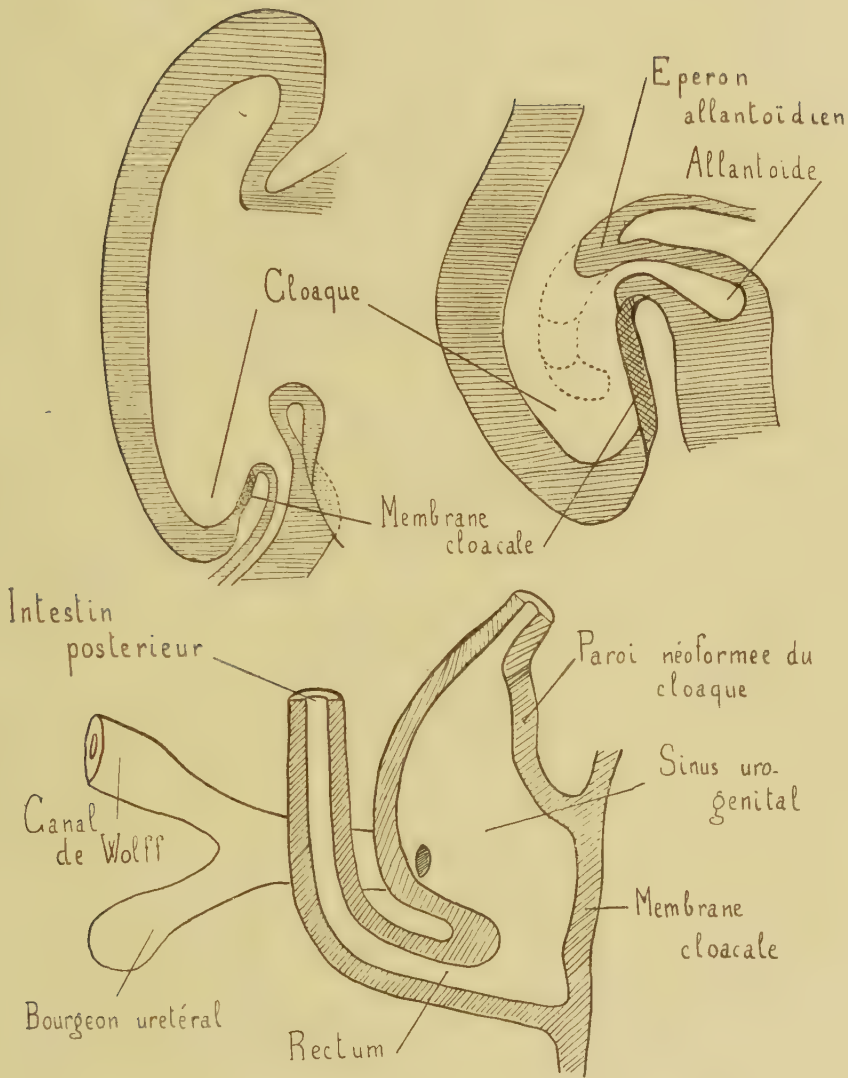
Pour ce faire, il faut que nous étudions les organes génitaux et urinaires au point de vue de leurs origines et de la succession de leur développement dans le temps.

Il nous a paru nécessaire, auparavant, de rappeler le développement de chaque appareil pris isolément. Nous avons laissé de côté certains détails qui ne nous sont pas utiles pour le point de vue auquel nous nous plaçons.

Vessie et Urètre.

Chez le très jeune embryon (1 mm. 5 à 5 mm.) la membrane cloacale est à la fois commune à l'embryon et au cloaque interne; elle s'étend de l'ombilic à l'éminence coccygienne. A un moment donné (embryon de 7 mm.) le cordon et la membrane cloacale se séparent et il se forme entre eux la « paroi primordiale », qui donnera naissance aux différentes formations situées en avant de la vessie.

Le cloaque interne subit une première division. Elle est due à l'éperon périnéal, lèvre céphalique du repli allantoïdien, qui descend pour aller se souder transversalement à la membrane cloacale. La partie dorsale du cloaque donnera le rectum; la partie ventrale forme le sinus urogénital. La membrane cloacale, elle aussi divisée en deux, donne une portion caudale, ou membrane anale, et une portion craniale, ou



Embryons de 1mm⁴, 2mm⁶ et 7mm (d'après W. Felix)

membrane urogénitale (embryon de 11 mm.). Chacune de ces membranes, épaisse, composée de plusieurs couches de cellules, constitue un bouchon placé sur la terminaison des voies uro-génitale ou rectale auxquelles elle correspond, puis ce bouchon se creuse par fonte cellulaire et les orifices correspondants se forment ainsi (embryon de 13 à 18 mm.).

Le sinus urogénital, pendant ce temps, s'est modifié et se présente sous la forme de deux chambres réunies par une partie étroite en forme de canal (embryon de 7 à 11 mm.). La chambre dorsale est l'ébauche vésico-urétrale qui donnera la vessie et l'urètre entier chez la femme. La chambre ventrale forme la partie phallique du sinus urogénital; le canal, la partie pelvienne.

Organes génitaux externes.

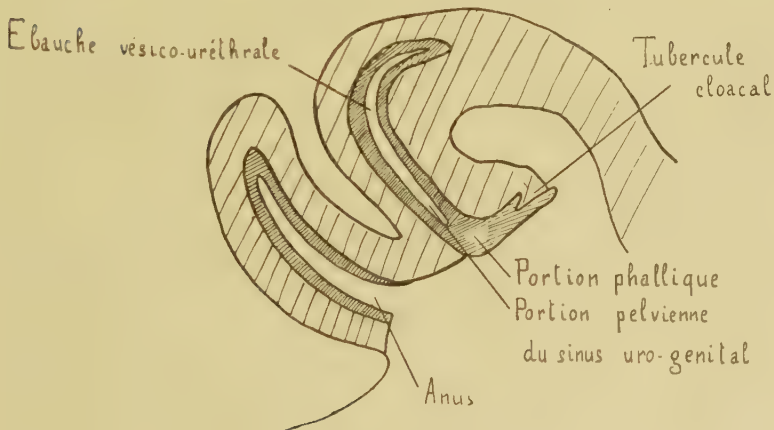
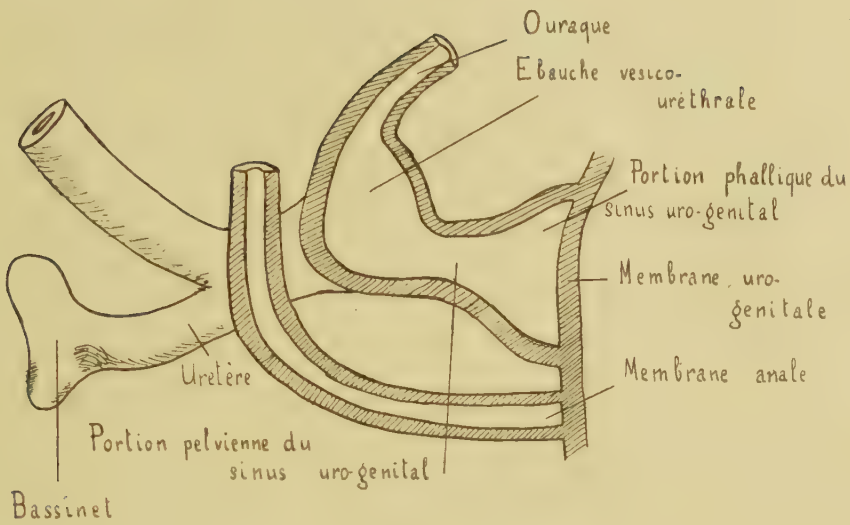
Au-dessus de la membrane urogénitale (embryon de 24 mm.), on voit se soulever une saillie, le tubercule cloacal; ce tubercule cloacal donnera le tubercule génital et les bourrelets génitaux qui formeront respectivement le clitoris, les petites lèvres, les grandes lèvres.

Les portions pelviennes phalliques du sinus urogénital donneront le vestibule.

Organes génitaux internes.

a) OVAIRE. — La première ébauche de la glande génitale est marquée par un épaississement mésenchymateux sur la face interne du corps de Wolff formant la zone génitale (embryon de 5 à 7 mm.); devenant proéminente, cette masse forme la glande génitale embryonnaire (embryon de 19 mm.); c'est elle qui donnera l'ovaire.

b) TROMPE, UTERUS, VAGIN. — Le canal de Müller (embryon de 4 mm.), ouvert à son extrémité supérieure, prolifère en direction caudale vers le cloaque; vers son extrémité inférieure, il croise le canal de Wolff, et s'adosse, sur la ligne médiane,



Embryons de 11mm et de 24mm (d'après W Félix)

au canal de Müller du côté opposé; ces deux canaux, accolés primitivement, se fusionnent (foetus de 4 mm. 3), formant le canal utéro-vaginal, qui vient buter contre la paroi postérieure du sinus urogénital, soulevant cette paroi en formant une saillie : le tubercule de Müller.

Les portions libres des canaux de Müller donneront les trompes; le canal utéro-vaginal donnera l'utérus et le vagin; le tubercule de Müller donnera l'hymen.

De ce que nous venons de voir, il résulte que la vessie, l'urètre et une partie des organes génitaux externes sont dérivés d'une même origine : le cloaque interne et la membrane cloacale. Une partie des organes génitaux externes dérivera du tubercule cloacal.

Les organes génitaux internes ont, eux aussi, une origine qui leur est propre.

En nous plaçant maintenant au point de vue de la succession dans le temps de ces différents développements, que remarque-t-on ?

Le développement des canaux de Müller est postérieur à la formation du cloaque interne; leur prolifération en direction caudale vers le cloaque est, soit simultanée, ou bien suit de très peu le développement de l'éperon périnéal et de l'ébauche vésico-urétrale.

L'ébauche des organes génitaux externes ne se montre que plus tardivement, alors que les orifices anal et urogénital sont formés et que la vessie et l'urètre sont en train de se différencier.

*
* *

Nous sommes donc à même de voir ce qui va se passer lorsque l'exstrophie de la vessie se constitue. Nous considérerons deux cas : le premier, dans lequel l'éperon périnéal a complètement scindé en deux le cloaque interne en atteignant la membrane cloacale; le second, dans lequel l'éperon n'a pas atteint la membrane cloacale.

Dans ces deux cas, l'exstrophie se produit d'ailleurs par le même mécanisme. Supposons que la membrane cloacale soit hypertrophiée; la membrane urogénitale sera beaucoup plus étendue que normalement, et, au moment de sa disparition, l'orifice formé dépassera largement ses dimensions habituelles et l'exstrophie complète sera constituée. Selon que cette membrane sera ou non étendue jusqu'au cordon, l'ombilic sera confondu avec le bord supérieur de la paroi vésicale ou en sera séparé par un espace cutané plus ou moins grand. Si la membrane cloacale subit en plus un déplacement en avant, l'éperon périnéal ne la divisant plus, il n'y aura pas d'orifice anal.

Comme on le voit, l'exstrophie se forme au moment de la fonte cellulaire de la membrane urogénitale; époque, où l'embryon mesure de 13 à 18 millimètres.

a) EXSTROPHIE SIMPLE. — La membrane cloacale est hypertrophiée. L'éperon périnéal est normal dans son entier, et en particulier la face postérieure du sinus urogénital. Les canaux de Müller et le canal utéro-vaginal pourront se développer normalement et les organes génitaux internes seront bien constitués.

Le tubercule cloacal n'apparaîtra chez l'embryon que quand il aura atteint 24 millimètres, donc quand l'exstrophie sera constituée. De trois choses, l'une, ou bien il n'apparaîtra pas, ou bien il apparaîtra d'un seul côté, ou bien il se formera en deux parties situées de part et d'autre de l'exstrophie.

Dans tous les cas, il est certain que les organes génitaux externes qui en dérivent seront mal constitués ou absents.

b) L'ÉPERON PÉRINÉAL N'A PAS ATTEINT LA MEMBRANE CLOACALE. — Ce que nous avons dit pour les organes génitaux externes est encore vrai, mais l'éperon périnéal sera plus court et les canaux de Müller ne pourront avoir leur longueur habituelle, et ce manque de développement porte sur la portion où ils se soudent pour former le canal utéro-vaginal. Le canal utéro-vaginal sera plus court, et l'utérus et le vagin qui en dérivent seront donc mal formés.

D'autre part, l'éperon n'ayant pas atteint la membrane cloa-

cale, il persistera une communication entre l'intestin et la vessie.

En résumé, les organes génitaux externes seront toujours mal formés dans l'exstrophie complète.

Les organes génitaux internes, bien formés quand l'exstrophie sera simple, seront mal formés quand l'intestin communiquera avec la vessie.

Tels sont les faits que l'on peut déduire de l'embryologie.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Elles sont classées dans l'ordre suivant :

Observation I : Pas de malformation des organes génitaux externes.

Observations II à X incluse : Pas de renseignements sur les organes génitaux internes.

Observations XI à XVIII incluse : Malformations des organes génitaux internes.

Observations XIX à XXII incluse : Organes génitaux normaux chez la femme qui n'a pas atteint l'âge de la puberté.

Observations XXIII à XXX incluse : Organes génitaux normaux chez la femme, mais après la puberté.

Observations XXXI à XXXVII incluse : Organes génitaux internes normaux avec grossesse et accouchement.

A ces observations, il convient d'ajouter le cas autopsié par Hovelacque, qu'il n'a pas publié, mais dont il parle à plusieurs reprises dans un article paru dans le *Journal d'urologie médicale et chirurgicale* (1912). Il dit, à propos des organes génitaux internes : « Les organes génitaux nous ont paru bien constitués et il nous semble qu'il n'y a rien à signaler, le vagin, l'utérus et les annexes ayant un aspect absolument normal. »

OBSERVATION I.

(Observation de M. le Professeur RIGAUD,

Exstrophie de la vessie chez une petite fille âgée de 3 ans.

Dans le courant de l'année 1861, nous trouvâmes, dans la salle 34 (salle des femmes) de la clinique chirurgicale de Strasbourg, une jeune fille d'environ 3 ans, bien constituée d'ailleurs, et qui nous offrit un cas parfaitement déterminé d'une exstrophie de la vessie. La paroi postérieure, ou du moins ce que l'on pouvait considérer comme telle, nous présentait une surface rougeâtre, d'apparence rugueuse, avec des rides transversales, sur laquelle s'ouvrait, à la partie inférieure, mais au-dessus toutefois de sa partie déclive, deux petites ouvertures, distantes l'une de l'autre de 1 à 2 centimètres, dont le pourtour parfaitement arrondi était surmonté d'un petit bourrelet bien marqué et d'une couleur rosée, moins vive que celle de la surface muqueuse sur laquelle elles s'ouvraient. Le pubis était complet, l'ouverture vulvaire était normale, et nous n'aperçûmes là aucune disposition tératologique. L'urine qui suintait sans cesse par les deux ouvertures des uretères irritait la peau circonvoisine, particulièrement sur le mont de Vénus et dans les aines. Notons que ce que nous regardons comme la paroi postérieure de la vessie était aplati, ou du moins très légèrement bombé, et ne s'élevait pas même jusqu'au niveau du plan antérieur de l'abdomen.

Dans cet état de choses et vu la bonne santé de cette enfant, assez forte pour son âge, nous voulûmes tenter d'apporter quelque amélioration à cette difformité. Pour reconstituer une cavité vésicale, nous détachâmes la peau sur tout le pourtour de l'exstrophie, et cela dans une largeur de 2 centimètres, au moins sur les côtés. Une petite ampoule de caoutchouc, terminée par un petit tube arrondi, d'un très petit calibre, fut enfermée dans cette cavité rudimentaire, le petit appendice tubulaire sortant par une ouverture inférieure de la plaie. Nous voulions pouvoir enfler et désenfler cette ampoule à volonté, lorsque la réunion des deux bords avivés de la peau, que nous avions

réunis par des points de suture entrecoupés, aurait eu contracté une solide adhérence.

Deux points de suture seulement amenèrent la réunion de l'angle supérieur de la plaie; l'ampoule fut retirée. Nous voulions ultérieurement tenter d'obtenir la réunion du reste de la plaie, après en avoir de nouveau avivé les bords, mais la mère de l'enfant l'emmena malgré les sollicitations que nous lui fîmes de nous la laisser.

Que pouvions-nous espérer de cette opération ? Rien autre chose que de diminuer la difformité et de ne plus laisser à découvert la surface muqueuse de cette exstrophie. On a sans cesse à craindre l'inflammation de cette surface qui, parfois, a donné lieu à des hémorragies répétées et fatales. Certes, nous ne pouvions pas espérer davantage, car l'urine se serait toujours échappée sans cesse par l'ouverture déclive qu'il fallait nécessairement conserver, mais qui aurait manqué de sphincter qui, seul, retient les urines dans la vessie dans l'intervalle des mictions volontaires.

OBSERVATION II (Traduite du latin).

Frederik Ruyschii, Observationum anatomico chirurgicarum centuria Amstelodami, 1697 (in-4°). — Observatio XXIII (p. 30). — *Puellae pudendum monstrose conformatum*.

Au cours de l'année 1670, j'ai visité une petite fille née depuis six jours, dont les parties sexuelles ne faisaient qu'un avec l'ombilic, ou, mieux, avec ce qui tenait lieu d'ombilic. Cette masse de chair informe était constituée par des petites tumeurs écorchées. Dans la partie inférieure de cette masse, s'offraient à la vue deux orifices par lesquels coulait l'urine d'une façon continue et goutte à goutte, comme les larmes d'un enfant qui pleure.

Il n'est pas douteux que la vessie faisait défaut à cet enfant, étant donné surtout que le méat urinaire manquait aussi. J'ai remarqué autrefois des cas identiques au cours de dissections de cadavres. Est-ce que cette anomalie provient d'une frayeur ? La mère, en effet, sept mois environ avant l'accouchement, avait fait une chute d'un lieu élevé

OBSERVATION III (Traduite du latin).

Ch. Ehr. ESCHENBACH, *Observata anatomico-chirurgico-medica rariora*,
2^e édit., Rastochii (1769) II, *Partus monstruosis*, p. 9.

Au cours de l'automne de l'année 1751, naissait, chez un certain ouvrier, une petite fille bien portante et saine, mais dont les parties sexuelles avaient une conformation extraordinaire; l'orifice du vagin, en effet, était totalement fermé.

Le méat de l'urètre, bien reconnaissable par l'urine qui en coulait, était placé presque à un pouce au-dessus des lèvres du vagin.

Des tumeurs abondantes, et en quelque sorte glanduleuses, entouraient cet orifice de l'urètre et même le cachait; elles étaient de diverses grandeurs et situées de chaque côté de l'orifice dont s'agit; d'une couleur rouge, elles ressemblaient presque aux caroncules qui entourent la tête d'un coq d'Inde en colère; elles s'étendaient sur une surface d'environ 2 pouces de long sur autant de large, mais affectaient, pour ainsi dire, une forme arrondie; elles montaient ainsi de la commissure supérieure des lèvres du vagin vers l'ombilic en passant par le mont de Vénus.

Cette petite fille, ayant atteint son quatrième mois, contracta une maladie qui mit un terme à sa vie mortelle.

Sa mère, cependant, ne put indiquer, par des faits se plaçant au cours de sa grossesse, la cause de cette conformation extraordinaire.

OBSERVATION IV.

W. COATES, chirurgien au 5^e Dragoon Guards, *Cas de malformation remarquable des organes génitaux urinaires chez un enfant du sexe féminin* (*Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1805, t. I, p. 39).

Le sujet de cette observation est un enfant du sexe féminin, provenant d'un accouchement gémellaire. Sous plusieurs points cette observation ressemble à celle que rapporte le docteur Baillie dans le *Medical and Surgical Transactions*, de 1793, volume I, et à celle

d'un jeune homme, Mathieu Ussem, né à Cologne, que le docteur Baillie cite également.

L'enfant, à l'époque où l'observation a été prise, était âgé de 2 mois; il était sain, bien portant, et de beaucoup le plus robuste des deux. Sur la région hypogastrique, à environ 1/2 pouce au-dessus des pubis, s'échappe de l'abdomen, comme à travers une ouverture de la ligne blanche qui semble former autour d'elle un ligament résistant, une substance spongieuse d'une extrême vascularité, à surface inégale et granulée. A la partie inférieure de cette tumeur et à égale distance l'un de l'autre, émergent deux conduits, évidemment les uretères, présentant une légère proéminence et dont l'ouverture peut admettre l'extrémité d'un large crayon. L'urine s'en échappe goutte à goutte, mais, par moment, sous l'effet d'une pression interne; elle coule en jet pendant quelques secondes, surtout pendant les efforts et les cris de l'enfant.

Les grandes lèvres n'ont pas de commissure; elles commencent distinctement et nettement par une extrémité arrondie plus haut que normalement, et, au lieu de remonter vers les pubis, elles divergent vers les épines iliaques et se terminent à environ 2 pouces de chaque côté. Il y a beaucoup d'analogie entre la nature des nymphes et celle des grandes lèvres; elles n'ont pas de commissure et se présentent sous forme de petits corps irréguliers, à peu près triangulaires, situés plus haut que d'ordinaire. Les téguments qui les recouvrent sont plus fins que ceux des grandes lèvres, mais sont loin d'avoir le revêtement villex ordinaire.

En séparant les nymphes, on trouve immédiatement sous les pubis une proéminence irrégulière ayant quelque ressemblance avec un clitoris; mais, en examinant, on trouve que c'est le méat urinaire, profond de 1/2 pouce environ, se dirigeant sous les pubis et conduisant à un cul-de-sac. Il n'y a pas de vestige de clitoris.

Le vagin est imperforé et l'anus est bien plus antérieur que de coutume, car il est situé précisément à la place normale du vagin. Le raphé périnéal, plus proéminent que d'ordinaire, occupe toute la distance de l'anus à la symphyse pubienne. Les pubis sont réunis par une symphyse, il m'a été impossible de constater aucune séparation. Le cas présent offre donc cette différence essentielle avec les

observations connues, où les pubis, considérablement éloignés l'un de l'autre, sont unis par des ligaments épais.

Le sacrum semble plus long qu'à l'état normal, et le coccyx à une incurvation plus considérable. On peut attribuer cette longueur inusitée du sacrum et du coccyx à la situation très antérieure des parties génitales externes.

Le cordon ombilical émergeait beaucoup plus bas que d'ordinaire, immédiatement au-dessus de la protubérance et par la même ouverture de la ligne blanche. A la surface de la tumeur, qui a tout à fait l'apparence glandulaire, était sécrétée une quantité considérable de liquide lubrifiant, qui servait à la préserver de l'irritation causée par le passage de l'urine, qui ne cesse de couler. La tumeur présente des changements notables de volume, changements qui coïncident avec les efforts de l'enfant et surtout avec ses cris.

Au moment où, par suite du départ du père, je perdis cette enfant de vue, la tumeur semblait diminuer par l'envahissement de l'épiderme sur une partie de son étendue, et j'avais cru pouvoir en conclure qu'avec des soins et de l'attention, de manière à préserver cette surface des effets irritants de l'urine, une portion considérable pourrait être couverte et préservée de la même manière. Elle ne m'a pas paru être très sensible, car on pouvait le toucher doucement, y passer le doigt ou la surface d'un crayon, sans exciter de la douleur.

OBSERVATION V.

Exstrophie vésicale chez un enfant du sexe féminin.

M. Burns, chirurgien à Glasgow, dit Duncan, nous a communiqué le cas suivant d'exstrophie vésicale. La malformation des organes urinaires a l'apparence ordinaire. La tumeur a la grosseur d'un œuf de poule, elle est de consistance spongieuse, rouge et couverte de mucus. Sa ligne de démarcation avec la peau est nettement délimitée. Cette tumeur, d'une sensibilité extrême, saigne au moindre contact.

Les parties génitales présentent plusieurs anomalies. De la partie

inférieure de la vessie exstrophée naissent les deux lèvres, qui suivent la direction des branches du pubis pour se terminer au périnée, ou plutôt là où se trouverait le périnée, car, chez le sujet, il n'y en a pas en réalité. Le rectum, au lieu de se terminer à sa place ordinaire, traverse la paroi postérieure du vagin, occupe le canal vaginal, dépasse la vulve pour faire saillie de 1 pouce environ au dehors des grandes lèvres, de manière à avoir quelque ressemblance avec un pénis imparfait; son volume est considérable. Agité d'un mouvement vermiculaire, il laisse fréquemment échapper du méconium par l'orifice situé à son sommet.

M. Burns ne peut affirmer que ce prolongement intestinal ait quelque communication avec le vagin. Il n'a pu découvrir de méat urinaire; et, bien que l'enfant fut mort deux jours après sa naissance, Burns ne put en obtenir l'autopsie.

OBSERVATION VI.

M. RESTIN, Description d'un cas remarquable d'exstrophie de la vessie, (*Gazette médicale de Paris*, 1838, t. XIII, 3^e série, p. 215).

Nouveau-né venu à terme, bien constitué, mais présentant à la région hypogastrique le vice de conformation suivant :

Au-dessous de l'insertion du cordon ombilical se trouve, sur la ligne médiane, une tumeur d'un rouge vif, large d'environ 3 centimètres, et occupant en hauteur l'espace qui sépare l'ombilic du pubis. La tumeur est bosselée, adhérente à son pourtour, trilobée à sa partie inférieure et pouvant être un peu soulevée.

Les lobes de la partie inférieure sont limités par deux sillons, à l'extrémité desquels se trouve de chaque côté un tubercule charnu, un mamelon d'où suinte continuellement un liquide clair qui humecte les parties génitales de l'enfant.

Celles-ci sont anormales. Sur la ligne médiane, le mont de Vénus et le méat urinaire manquent.

De chaque côté, la tumeur se termine en pointe par deux appendices qui représentent les petites lèvres. Plus bas et en dehors, deux

tumeurs à large base, de la grosseur d'un haricot, forment les grandes lèvres.

Les pubis ne sont pas réunis; l'écartement est d'environ 4 centimètres.

Chez cet enfant, la paroi antérieure de la vessie manque donc complètement; il ne reste que la paroi postérieure, se continuant avec la paroi abdominale ouverte sur la ligne médiane et largement écartée.

Les sillons que l'on remarque sur la tumeur sont formés par l'insertion des uretères; les mamelons qui laissent suinter un liquide ne sont autres que l'ouverture de ces conduits. Le trigone vésical est bien distinct; c'est lui qui forme la surface dont la pointe aboutit aux deux petites lèvres.

La chute du cordon ombilical ne s'est faite que le douzième jour.

Pendant les huit premiers jours, la muqueuse vésicale a été le siège d'une exsudation sanguine qui a cessé graduellement.

L'enfant a vécu un mois et demi. Elle a succombé à une entérocolite qui a amené une émaciation progressive et la mort par épuisement.

OBSERVATION VII.

Docteur RIZET, *Exstrophie de la vessie* (*Gazette médicale de Paris*, 1861, p. 225).

Le sujet de cette observation est une petite fille de 8 jours, née de parents robustes et bien constitués, et dont la mère n'a fait aucune chute pendant sa grossesse, ni reçu de coup sur l'abdomen.

Cette fille est assez forte et prend bien le sein; ses parents l'avaient amenée à l'Hôpital civil de Napoléon (Vendée) pour subir une opération qu'ont rejetée tous les consultants.

La vessie, adhérente à l'ombilic et placée au-dessus du pubis, montre sa paroi interne fortement injectée; elle a une forme ronde et mesure 5 centimètres en largeur sur 55 millimètres de hauteur.

Cette tumeur est irréductible et, quel que soit l'effort que l'on

fasse, on ne peut ni retourner la muqueuse, ni faire rentrer l'organe dans le petit bassin. Cette muqueuse tranche sur les téguments, avec lesquels elle ne se confond point.

A son bord inférieur, on trouve les deux uretères, qui forment une saillie rougeâtre de la dimension d'un petit pois. Il y a 2 centimètres d'écartement entre eux, et l'urine qui s'en échappe goutte à goutte coule dans le sillon génito-crural. Un stylet boutonné, introduit dans leur orifice, pénètre à 1 centimètre.

Le canal de l'urètre, à l'état rudimentaire, est représenté par un petit tubercule qui coiffe le clitoris.

Les pubis, qui ne sont pas réunis, laissent un écartement de 2 centimètres; à l'extrémité supérieure de chacun d'eux, on remarque sous la peau une saillie oblique de dedans en dehors qui, partant de 3 millimètres des tubercules des uretères, s'avance sur l'abdomen, et qui nous semble être due à l'attache inférieure des droits antérieurs de l'abdomen.

Les grandes et les petites lèvres existent, mais, au lieu de s'écarter par le bas, elles tendent plutôt à se rapprocher.

Le clitoris, assez développé à l'entrée du vagin, n'offre rien de particulier; mais l'anus, fortement projeté en avant, remplace la fourchette, de sorte qu'il n'existe pas de périnée.

OBSERVATION VIII.

Observation de M. le Professeur STOLTZ, *Exstrophie de la vessie chez une petite fille.*

Dans les premiers jours d'avril de l'année 1871, je fus avisé par le docteur Stoess qu'il était né, dans sa maison, un enfant du sexe féminin atteint d'exstrophie vésicale. N'ayant jamais eu l'occasion de voir un pareil vice de conformation dans le sexe féminin, je fis savoir à mon confrère que j'irais demander à examiner cet enfant.

Sur ces entrefaites, ayant été obligé de m'absenter, je n'allai voir et examiner cet enfant que le 18 avril. Il vivait encore et avait même relativement prospéré au sein de sa mère. Celle-ci était bien portante et ne se rappelait aucune impression morale fâcheuse autre que le

blocus et le bombardement de Strasbourg, dont elle avait souffert comme tous les habitants. Cet enfant n'était pas le premier dont la dame X... était accouchée. Elle en avait déjà eu plusieurs, qui, tous, étaient bien constitués.

Dans ce cas, l'accouchement avait été très facile. L'enfant, allaité par sa mère, prit vigoureusement le sein. Il digère bien et prospère visiblement. Il est petit, mais vivace et, couvert par les langes, il ne laisserait pas soupçonner qu'il porte un vice de constitution de nature si grave, mais compatible avec la vie.

Il aurait été intéressant d'examiner la difformité avant la chute du cordon ombilical; n'ayant pu le faire, il ne m'a pas été possible de m'assurer s'il y avait eu une hernie intestinale dans la gaine ombilicale. Cette partie de la paroi abdominale était bien fermée, d'un aspect un peu bleuâtre et luisant et, comme d'ordinaire aussi, on ne voyait aucune trace d'ombilic, cette cicatrice se confondant avec le fond supérieur de la vessie.

La paroi vésicale supérieure forme une saillie du volume de la moitié d'une pomme d'api, de couleur rouge foncée, de surface inégale. Deux petites éminences latérales, comme des verrues rouges, indiquent les orifices des uretères. Au-dessous de la tumeur vésicale se voit une surface muqueuse de couleur rosée, faisant contraste avec la coloration foncée de la muqueuse vésicale, à plis transversaux et légèrement saillante, surtout quand l'enfant remue. Cette surface me paraît représenter la paroi vaginale postérieure.

Le périnée a 1 centimètre de longueur; l'anus est à sa place ordinaire et fonctionne parfaitement; l'urine suintait par les orifices des uretères. Sur les côtés de la saillie vésicale et vaginale se trouvent deux gros plis de la peau, les grandes lèvres, réunies en bas en commissure arquée, et doublées en haut par des replis de la peau plus fins et ondulés, les petites lèvres. Je n'ai pu découvrir de trace de clitoris.

Dans ce cas, le canal intestinal est parfait; l'anus s'ouvre à l'endroit ordinaire. Le vagin paraît être unique et a une large ouverture au-dessous de la tumeur vésicale. Le périnée est bien formé. L'enfant mourut quelque temps après; malheureusement, il ne nous fut pas permis d'en faire l'autopsie.

OBSERVATION IX.

Docteur BRUN, *Exstrophie de la vessie chez une petite fille de 4 ans*,
(*Gazette des hôpitaux*, 1873, n° 46, p. 363).

G..., Portugaise, âgée de 4 ans, a 87 cm. 5 de hauteur. D'un tempérament lymphatique, d'un embonpoint remarquable, elle était d'une santé relativement bonne, sauf l'exstrophie de la vessie, caractérisée comme suit :

1° Il y a, à la partie moyenne de la région hypogastrique, une tumeur ovoïde, dont le plus grand diamètre, le vertical, mesure 6 centimètres, et le petit 5 centimètres. Cette tumeur est molle, compressible et réductible sans douleur, recouverte dans sa partie antéro-supérieure par la peau, et dans l'inférieure par la muqueuse vésicale, qu'on voit à nu, à cause de l'absence complète de la paroi abdominale correspondante.

2° A 7 centimètres au-dessus de la base de la tumeur, la ligne blanche commence à s'élargir, de manière à former un triangle isocèle dont la base, ayant 3 centimètres de largeur, correspond à la base de la tumeur; c'est à cet endroit, et non à sa place normale, que se trouve la cicatrice ombilicale.

3° Les branches horizontales des pubis sont très courtes et ne se prolongent pas jusqu'à la ligne moyenne. De là absence complète de la symphyse. A la place de la partie manquante de ces branches, on remarque un tissu moins dur que le tissu osseux, probablement du tissu fibreux, qui les unit.

4° En soulevant et en renversant la tumeur, on aperçoit à nu la muqueuse de la partie postéro-inférieure de la vessie. Cette muqueuse se montre fongueuse, saignant au moindre contact, présentant deux petits boutons latéraux éloignés l'un de l'autre de 2 cm. et sur lesquels on voit deux petits orifices (des uretères) d'où suinte continuellement de l'urine.

5° Au-dessous du bord inférieur de la muqueuse vésicale et des deux côtés de la ligne moyenne, on trouve les petites lèvres dans un état rudimentaire, éloignées de 1 cm. 5 l'une de l'autre. Elles sont constituées par un petit tubercule hémisphérique de 1 centimètre de diamètre, se continuant par sa partie inférieure avec un

petit pli de la muqueuse, de 3 millimètres de longueur et semblable à celui des petites lèvres ordinaires.

6° Sur la ligne moyenne et à la hauteur même des petites lèvres on voit l'orifice vaginal, ayant la forme d'une fente, ou plutôt d'une boutonnière transversalement placée et longue de 1 millimètre. Je crois qu'il y a à peine un vagin rudimentaire, car, en explorant le canal vaginal avec un stylet, il ne m'a été possible d'introduire que 3 millimètres de cet instrument. Tout examen au delà de cette profondeur devenait tellement gênant, et même si douloureux pour la petite malade, que je dus m'arrêter.

7° En dehors des petites lèvres sont les grandes lèvres, très écartées de la ligne mitoyenne et très développées, s'étendant au-dessus jusqu'au mont de Vénus et se continuant en bas avec les fesses.

8° Il y a, entre l'orifice vaginal et l'anus, une distance de 4 centimètres.

9° L'anus est situé dans un point en rapport avec sa position naturelle. La malade souffre très fréquemment de prolapsus du rectum. Ce prolapsus est dû certainement à la conformation vicieuse du bassin, trop large dans le diamètre transversal et étroit dans le diamètre antéro-postérieur.

10° La distance approximative entre les deux tubérosités ischiatiques, mesurée sur les parties molles, est de 7 cm. 6. Le sacrum et le coccyx sont très recourbés en avant, d'où résulte la situation antérieure de l'anus.

11° Le mont de Vénus manque dans sa partie moyenne; le clitoris n'existe pas, de même que le canal de l'urètre et, par conséquent, le méat urinaire.

12° La partie de la muqueuse vésicale au-dessus des orifices des uretères est devenue coriace et calleuse; la peau, au-dessous et dans la proximité des uretères, est érythémateuse dans quelques endroits, excoriée dans d'autres.

OBSERVATION X.

RICHELOT (citée par DAGNEAUD).

Il s'agissait d'une petite fille âgée de 6 ans, qui fut opérée le 22 novembre 1886.

A l'examen, on s'aperçut que les grandes lèvres divergeaient à leur extrémité supérieure. Vers la partie moyenne de chacune d'elles, on voyait un vestige de petites lèvres sans clitoris. Dans leur écartement se trouvait l'orifice vaginal; au-dessus de lui, et sans trace d'urètre, la muqueuse vésicale saillait en avant. La palpation révélait, comme toujours, un écartement des pubis de plusieurs centimètres. Un fait important, c'est qu'au-dessus de la muqueuse vésicale, entre elle et l'ombilic, la peau était mince, incomplètement développée, non doublée de graisse, et entièrement adhérente à l'aponévrose.

OBSERVATION XI.

M. CHÉBOEUF, docteur en médecine à Fige-en-Tardenois, (*Journal général de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Sédillot*, 1843, t. XLVII, p. 362).

La fille qui fait le sujet de la présente observation n'avait jamais été réglée. D'une constitution délicate et d'une faible santé, elle était, depuis sa naissance, dans un état habituel de souffrance occasionné par un écoulement d'urine, qui se faisait goutte à goutte et sans interruption par une ouverture située à la partie inférieure de la région hypogastrique; d'où résultaient des cuissons et des démangeaisons fort incommodes durant l'été. Tourmentée par un vif désir de manger, dès qu'elle le satisfaisait imprudemment, son estomac se dérangeait et il survenait une diarrhée. A cela près, ses fonctions s'exécutaient assez régulièrement.

Quinze jours avant sa mort, l'appétit diminua sensiblement, la soif augmenta, et il se manifesta une grande gêne dans la déglutition; cette gêne s'accrut les trois derniers jours, au point qu'elle finit par s'opposer au passage des liquides. Il n'y eut pourtant que peu de fièvre et aucun symptôme d'inflammation au pharynx.

Autopsie cadavérique. — La paroi antérieure de l'abdomen ne présentait aucun indice d'ombilic. A la partie inférieure de l'hypogastre, on voyait une tumeur fongueuse, proéminente de 3 lignes, de 3 pouces environ de diamètre, gangrenée à sa superficie et percée en son milieu d'un trou fistuleux qui donnait passage aux urines.

A un demi-pouce au-dessous se trouvait un corps rond, saillant de 4 lignes, de la grosseur du petit doigt, blanchâtre et presque cartilagineux à son extrémité. Ce corps sortait par une ouverture de 4 lignes de diamètre, qui me parut tenir lieu de vulve, dont les bords étaient lisses, peu garnis de poils légers, et ne ressemblaient nullement à de grandes lèvres. On découvrait à la vue, et on reconnaissait encore mieux par le toucher, qu'il y avait entre les os pubis un écartement considérable, indiqué par une dépression arrondie et en forme de crête. Malgré les recherches les plus exactes, je n'aperçus ni clitoris, ni petites lèvres, ni méat urinaire. La dissection du corps blanchâtre dont j'ai parlé plus haut fit voir qu'il s'élargissait dans l'étendue d'un pouce, adhérait à cette distance au péritoine, et offrait une continuité parfaite avec la matrice, dont le fond aplati, peu volumineux et flottant, ne tenait qu'à ses ligaments propres; de sorte que ce corps ne semblait être qu'un prolongement de l'utérus. Après avoir incisé toutes ces parties selon leur longueur, on ne reconnaissait aucune apparence de cavité, ni d'oblitération ancienne. Les intestins enlevés, je ne trouvai point de vessie. L'uretère et le rein du côté gauche manquaient aussi; à droite, l'uretère était d'un diamètre de plus de 4 lignes dans tout son trajet; il aboutissait au centre de la tumeur fongueuse externe dont nous avons parlé. Le rein unique, auquel il servait de conduit excréteur, était sain, quoique d'un très grand volume. Les autres viscères ne présentaient aucune altération.

OBSERVATION XII.

Observation de M. DEPAUL, *Exstrophie de la vessie; deux utérus et deux vagins parfaitement distincts; absence d'anus, ouverture de l'intestin grêle et du gros intestin sur la paroi abdominale, à laquelle viennent aboutir aussi les deux uretères* (Mémoires de la Société de Biologie, 1853, p. 282).

La pièce que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société de Biologie provient du cadavre d'une petite fille qui est née vivante et à terme jeudi dernier, et qui a succombé dimanche matin à la

suite de convulsions. C'était une jumelle; sa sœur, qui n'offrait aucun vice de conformation, continue à se bien porter. La grossesse et l'accouchement n'ont présenté aucune particularité qui mérite d'être signalée.

Voici les particularités qui m'ont paru les plus importantes.

Dans la région hypogastrique, depuis le pubis jusqu'au cordon ombilical et transversalement dans l'étendue de 5 centimètres, existe une tumeur rougeâtre présentant plusieurs inégalités et une saillie de 2 centimètres en particulier, qui est placée au centre et qui, par sa forme, représente une espèce de verge. De chaque côté, et au même niveau, on voit deux petites dépressions au centre desquelles se trouve un pertuis, dans lequel s'engage un stylet et par où s'écoulait de l'urine pendant la vie, lorsque l'enfant se livrait à quelques efforts.

Le cordon s'insère à la partie supérieure de la tumeur qui, en ce point, est uniquement formée par le péritoine, parfaitement transparent. Entre les deux pertuis précédemment indiqués, existe une autre ouverture inégale, séparée par une espèce d'éperon qui conduit dans l'intestin grêle et dans le gros intestin. Au-dessous de la tumeur se trouvent deux rudiments de grandes lèvres et les orifices de quelques follicules muqueux. Il n'y a pas d'ouverture anale. Une petite dépression semble indiquer la place qu'elle aurait dû occuper.

Un examen des parties intérieures permet de constater les dispositions suivantes : tout est à l'état normal dans la cavité thoracique. La rate et le foie sont à leur place et bien conformés.

Appareil urinaire. — Le rein du côté droit, plus volumineux que d'habitude et surmonté de sa capsule, occupe la situation habituelle. Au-dessous se trouve une poche presque aussi volumineuse que lui, qui a les apparences d'une vessie, mais qui n'est autre chose que l'uretère distendu par l'urine. Cette poche se continue avec lui par sa partie supérieure, s'accole à une moitié de l'utérus et du vagin par son autre extrémité, et s'ouvre à l'extérieur par le pertuis dont il a déjà été question.

A gauche, on ne remarque que la capsule surrénale, et j'ai d'abord cru qu'il n'y avait qu'un seul rein, mais une dissection attentive

m'a bientôt fait voir qu'il n'en était pas ainsi. En effet, ce second organe, plus petit d'un tiers que le précédent, existe plus profondément caché dans l'excavation du bassin. De son échancrure part un uretère non dilaté qui s'accôle à l'autre moitié de l'utérus et communique avec le second petit pertuis signalé sur la tumeur externe.

Organes génitaux. — Il y a deux utérus parfaitement distincts dans toute leur étendue. Ils se présentent sous la forme de deux petites cornes recourbées en dehors, à convexité supérieure. A chaque extrémité libre et légèrement renflée sont appendus la trompe et son ligament et un tout petit ovaire, parfaitement reconnaissable.

L'extrémité inférieure est embrassée, dans toute sa circonférence, par une petite poche remplie d'un mucus blanchâtre, et qui n'a aucune issue avec l'extérieur. Ces deux poches ne sont autre chose que deux vagins très courts et comme renflés. Celle du côté droit communique par un tout petit orifice avec l'uretère correspondant.

Ces deux utérus ont un col arrondi, parfaitement dessiné et qui fait saillie de 3 à 4 millimètres dans chacun des vagins. Ils ont un orifice assez large qui conduit dans une cavité qui règne jusqu'à l'extrémité supérieure de ces deux matrices. Le diamètre longitudinal de chacune d'elles est de 3 centimètres. Un rétrécissement circulaire indique ce qui appartient aux cols et aux corps, et il existe juste au milieu de la longueur totale.

Tube digestif. — Il est parfaitement conformé depuis l'estomac jusqu'à l'extrémité grêle, qui s'ouvre à la partie inférieure du ventre, un peu au-dessous de l'ombilic, par une fente assez large, demi-circulaire, à concavité inférieure. Il est entièrement vide, sans trace de méconium. Le gros intestin se trouve réduit au cæcum et n'a qu'une étendue de 2 centimètres environ. La même ouverture le fait communiquer à l'extérieur. Il est placé sur la ligne médiane, complètement renfermé dans l'excavation et sépare entièrement avec la fin de l'intestin grêle les deux utérus et les deux vagins dont il a été parlé. Les deux pubis sont séparés. Un écartement de 3 cm. 5 existe entre eux.

La constitution du cordon est complète, il est pourvu de deux artères et d'une veine.

OBSERVATION XIII.

M. Albert PUECH, chirurgien, chef interne de l'Hôtel-Dieu de Toulon,
Note sur divers vices de conformation observés chez une fille (Gazette des hôpitaux, 1857, n° 147).

B... (Marie), d'origine piémontaise, est âgée de 30 ans; elle est brune, d'un tempérament bilioso-nerveux, et a eu, il y a quatre ans, un enfant qui est bien conformé. Depuis quelque temps, étant enceinte, elle était en butte aux mauvais traitements de son mari, et, dans la nuit du 19 octobre 1857, deux jours après avoir été battue, elle fut prise de douleurs expulsives assez fortes qui l'obligèrent à entrer à la Maternité, où l'on reconnut une présentation du sommet. La marche du travail fut d'une lenteur extrême et très pénible pour la parturiente.

Le placenta extrait était peu volumineux, et le cordon qui s'insérait au centre était constitué par deux vaisseaux seulement; la veine et une artère ombilicale. Il était, de plus, grêle et peu flexueux.

L'enfant, du sexe féminin, ne vécut que trente heures. La lenteur du travail, les coups reçus par la mère, ne m'ont pas parus étrangers à cette terminaison hâtive.

Aspect extérieur de l'enfant. — A la partie inférieure de l'abdomen et dans l'intervalle des pubis existait, en forme d'écusson, une surface à aspect muqueux, à contours circulaires et de couleur rouge vif; haute et large de 4 centimètres, elle avait pour limite, supérieurement, la tache des vaisseaux ombilicaux, inférieurement les petites lèvres, et latéralement une rainure, qui, partant de l'ombilic, se joignait en bas avec celle du côté opposé; ajoutons qu'en ce point elle était très accentuée.

Ainsi délimitée, cette surface, saignant au contact et fortement bombée par la pression intestinale, offrait à l'étude des plis, des orifices et des mamelons.

Les orifices étaient au nombre de cinq. Le supérieur, incliné à gauche, était aussi le plus distendu. Il admettait l'indicateur et donnait passage à une partie rouge et grenue munie à son extrémité d'un

orifice par où s'échappait du méconium verdâtre. Il y avait donc à la fois anus anormal et prolapsus de l'intestin. Ce prolapsus, d'abord léger, s'accrut par les efforts inspiratoires, et les circuits se multiplièrent au point de masquer les autres parties. Par une pression méthodique on le réduisait, mais c'était pour un moment; il renaissait dès qu'on enlevait le doigt. Au pourtour inférieur de cette large ouverture, la muqueuse était sillonnée de nombreux plis, dirigés de bas en haut et un peu de dedans en dehors; ils ne s'effaçaient point par l'extension et simulaient à s'y méprendre les plis du vagin.

Au-dessous et sur les côtés existaient deux petits bourgeons charnus, placés à inégale hauteur (le droit est plus élevé que le gauche de 3 millimètres); ces bourgeons sont le signallement extérieur de deux orifices par où suintait continuellement un liquide.

En dedans de ces bourgeons se trouvaient deux mamelons : le droit, qui avait la forme et le volume d'une amande, s'inclinait en dedans et présentait un pertuis; des mucosités blanchâtres en sortaient par moment. A gauche et au même niveau, on rencontrait un mamelon, beaucoup plus petit; séparé du précédent par une dépression, il était criblé de follicules mucipares disposés en arrosoir et présentait en son centre un pertuis dans lequel le stylet s'engageait à 2 millimètres de profondeur.

Au-dessous des pertuis droit et gauche, on trouvait la rainure qui séparait la muqueuse des téguments cutanés et, au-dessous de la rainure, l'extrémité des petites lèvres. Elles formaient un triangle et étaient très réduites, car, y compris leur commissure postérieure, elles mesuraient un centimètre seulement. En dehors d'elles, et un peu plus en arrière, on rencontrait deux éminences mamelonnées, d'inégale grosseur. C'était là les deux grandes lèvres, ainsi que le montra la dissection. Ces divers points, étudiés pendant la vie, furent complétés après la mort. Voici, par groupe d'organes, les particularités recueillies.

Organes génitaux. — Les organes génitaux sont bifides, de sorte que, comme chez les mammifères, on a deux cornes utérines et, de plus, un vagin pour chacune. Chaque corne, nettement séparée, a un ovaire, une trompe de Fallope et un ligament rond. La corne

droite est la plus volumineuse; elle a 28 millimètres de longueur et est fortement inclinée en dehors. Son col est très développé, sa cavité très ample; quant à son corps, il va sensiblement en diminuant de bas en haut et n'a au fond que 2 millimètres. Le vagin, de même longueur que la matrice, est spacieux au niveau du col et se rétrécit brusquement au voisinage du pertuis; c'est sa saillie qui constitue le mamelon droit.

La corne utérine gauche, de même forme, est beaucoup plus petite que la précédente et, elle aussi, fortement déjetée en dehors. Son corps est creux, son col est imperméable au stylet comme aux injections; ces dernières, poussées avec force, refluent par la trompe. Le vagin est, lui aussi, oblitéré; il a conservé néanmoins une partie de son volume, et il est très probable que le pertuis signalé sur le petit mamelon est le vestige de son ouverture de communication au dehors.

Organes urinaires. — De larges capsules surrénales coiffent les reins, qui sont lobulés. Les bassinets, bien développés, sont suivis d'uretères qui ne le sont pas moins. Dirigés de haut en bas et presque verticalement, chaque uretère croise l'artère et la veine iliaque et se trouve en rapport, en avant, avec le fond puis avec le col de la corne utérine correspondante. Après avoir décrit une courbure pour s'accommoder à la concavité du sacrum, il se relève et aboutit aux bourgeons charnus signalés antérieurement; les injections, comme le stylet, le démontrent d'une manière incontestable. L'urètre manque totalement. Pour la vessie, elle a subi la modification particulière désignée sous le nom d'exstrophie. La muqueuse, qui s'étale au dehors, est le seul vestige de sa paroi postérieure.

Tube digestif. — L'ouverture signalée supérieurement donnait passage à la fin de l'iléon. Les parties prolabées appartenaient à cet intestin et avaient acquis, en dernier lieu, une longueur de 15 centimètres. Avec cet intestin, le tube digestif semblait finir; il n'en était rien. Le stylet et le doigt, au besoin, montraient à droite un autre intestin. Ce tube, ébauche du gros intestin, était dépourvu de valvule iléo-cæcale. Il portait toutefois, au niveau de cet abouchement, un appendice verniforme assez développé. S'il possédait des fibres longitudinales, des plis transversaux; une espèce de mésentère, il ne

décrivait point ses circuits accoutumés; et, dirigé de haut en bas et un peu d'avant en arrière, il allait se terminer par un cul-de-sac après un trajet de 7 centimètres. Ses parois épaisses, renfermaient des mucosités blanchâtres, et son cul-de-sac, pointu, était retenu dans la concavité du sacrum par un tissu cellulaire lâche. Extérieurement, il n'y avait pas trace d'anus.

Vaisseaux. — Les vaisseaux ombilicaux, composés d'une artère et d'une veine, venaient s'insérer plus bas qu'à l'ordinaire (25 mm. au-dessus du pubis) immédiatement au-dessus de l'exstrophie de la vessie.

L'aorte, au niveau de la troisième vertèbre lombaire, se divisait; la branche gauche était très exiguë; la droite, au contraire, continuait l'aorte, sinon par sa direction, du moins par son volume. A gauche il n'existe point d'artère ombilicale tandis qu'à droite elle était très développée. Malgré cette répartition inégale, le membre gauche était aussi volumineux que son congénère. La différence en moins n'existait que pour la corne utérine gauche.

Os et muscles. — Le seul point à noter sur le squelette était la disjonction des pubis. L'intervalle entre les deux os était de 5 centimètres; leur branche descendante s'inclinait en dedans, de sorte que les tubérosités ischiatiques n'étaient séparées l'une de l'autre que de 35 millimètres. Par suite de cet écartement, la ligne blanche se séparait en deux parties, l'une droite et l'autre gauche. C'était dans cet intervalle que s'était produite l'exstrophie. Les sphincters de l'anus, le constricteur du vagin manquent; mais on constate au périnée les muscles transverses et ischio-coccygiens. Pour l'ischio-caverneux, on n'en trouve que des traces, en l'absence du clitoris.

Quant aux autres parties du corps, elles étaient parfaitement constituées.

OBSERVATION XIV.

Docteur LÉOPOLD, Cas de fente vésicale, de formation de cloaque et d'hydrorachis (*Monatsschrift für Geburtskunde*, Berlin, 1861, p. 357).

Le 23 mai, on vint me prévenir que la nommée N... était accouchée à 6 heures du soir. L'enfant était venu par la tête, mais

il présentait des difformités qui mettaient ses jours en danger. On désirait de plus qu'en raison de la difficulté de déterminer son sexe, il fût examiné par moi. La sage-femme avait cru reconnaître le sexe féminin; je ne pus que constater l'exactitude de son diagnostic.

L'enfant était née à terme, sa naissance avait été prompte; la partie supérieure du corps, la tête et la figure étaient normales, mais, à la région dorsale, à 1 1/2 pouce au-dessus du sacrum, existait une tumeur fluctuante, recouverte par la peau, du volume d'une prune. Il existait deux pieds bots. Le spina bifida s'étendait aux régions lombaire et sacrée. L'hiatus osseux ne se bornait pas aux quatre vertèbres lombaires, mais atteignait aussi le milieu du sacrum, sur lequel était une nouvelle tumeur fluctuante, également couverte par la peau.

Le cordon grêle, pâle, s'insérait au-dessous du milieu du corps et s'élargissait en forme de bouteille; il était si mince qu'on y sentait l'intestin grêle (omphalocèle). Il brillait comme une séreuse, et, après une étendue de 4 1/2 pouces, il se terminait brusquement, en haut, à la peau saine, en bas à une surface rouge brique, un peu tendue au milieu, tuméfiée, latéralement couverte de vaisseaux ramifiés ayant l'aspect velouté, à travers laquelle on pouvait très bien sentir sur les côtés les anses intestinales. Je dus regarder cette surface rouge, tomenteuse, comme la paroi postérieure de la vessie (exstrophie congénitale de la vessie). A la partie inférieure, à gauche, se trouvait un repli de la membrane muqueuse (le vagin).

Au-dessous du milieu de cette tumeur vésicale, se trouvait une petite verrue charnue (trace de clitoris); au-dessous d'elle, une petite languette charnue (traces du côté gauche du prépuce du clitoris).

Au-dessous de la tumeur, à droite et au milieu, faisait saillie une tumeur pourprée, couverte de plis nombreux, ayant tout à fait la forme du cæcum; de celle-ci s'élevait, semblable au pénis d'un enfant, un fragment d'intestin, probablement le côlon ascendant, qui se dirigeait à gauche (vers la grande lèvre), comme un index recourbé de moyenne grosseur; elle avait l'aspect d'une muqueuse, était très plissée et pourprée, de nuance moins foncée que le cæcum; à son extrémité, la teinte était plus brune.

La sonde s'engageait dans le cæcum; on pouvait introduire dans l'orifice un fort crayon : il s'en écoulait du méconium. La longueur de cette anse intestinale était de 3 1/2 pouces, l'épaisseur, de 1 1/2 pouce; toute la tumeur, depuis la hernie intestinale, en bas, jusqu'à l'ombilic, mesurait 4 pouces. Jusqu'au quatrième jour, et plus tard souvent encore, je pus facilement apercevoir les mouvements péristaltiques de l'intestin, quand l'enfant rendait les matières fécales. Le fragment intestinal ressemblait alors à une chenille qui monte sur une baguette.

Quelle est la conformation du côlon et du rectum dans l'abdomen ? C'est ce que je ne saurais dire en ce moment. L'anus manque; à sa place, se trouvent deux petites verrues charnues, l'une rouge, et l'autre de la couleur de la peau. Quand on pressait sur cette région avec le doigt de bas en haut, on sentait distinctement une cavité. Quand, avec la main gauche, on soulevait l'anse intestinale qui traverse la vessie, on sentait parfaitement les branches horizontales des pubis, distantes l'une de l'autre de 6 lignes environ, et, dans l'intervalle, une muqueuse triangulaire dont la pointe était dirigée en bas. La paroi était baignée par l'urine.

Le 3 juin, je fus assez heureux pour trouver les deux orifices des uretères sur la partie inférieure et médiane de la paroi vésicale; mais, le 16 juin, c'est-à-dire vingt-trois jours après sa naissance, cette enfant succomba.

Le cadavre fut envoyé à M. le Professeur Crédé, qui en fit l'autopsie et qui me donna les détails suivants :

L'épiploon manquait; l'intestin grêle était normal dans les deux tiers de sa longueur supérieurement; une partie, longue de un quart de pouce, était adhérente à la paroi postérieure de la vessie. A cette place, se trouvait une ouverture ronde dans le mésentère, de la grandeur d'une pièce de 4 gros, à travers laquelle s'engageait le dernier tiers, qui constituait en partie le sac d'apparence herniaire que formait la vessie exstrophée. La partie de l'intestin qui était étranglée se laissait toutefois déplacer et se terminait, à côté de la partie adhérente, par l'orifice ouvert à l'extérieur. Il ne fut pas prouvé, mais il parut vraisemblable, que c'était le cæcum.

L'intestin ayant été incliné de côté, on voyait de chaque côté,

à 1 pouce de distance l'une de l'autre, deux cornes de l'utérus ayant chacune sa trompe et son ovaire. La moitié gauche était seule complète; elle avait une portion vaginale du col qui s'ouvrait par un petit orifice dans un vagin assez large, se terminant au-dessous de la vessie exstrophée par un orifice.

La moitié droite de l'utérus était simplement fibreuse, sans cavité; la trompe et le vagin avaient l'apparence d'un simple cordon. L'ovaire était normal; le vagin droit ne s'ouvrait pas à l'extérieur. Entre les deux moitiés de l'utérus, se trouvait une anse intestinale longue de 2 pouces, borgne, rudiment du côlon et du rectum, s'ouvrant à l'extérieur à côté de l'intestin grêle; il ne renfermait qu'un peu de mucosité.

Le rein droit, de grosseur normale, contenait un abcès de la grosseur d'un pois; le rein gauche était bosselé à sa surface. Chaque uretère s'ouvrait à l'extérieur, de chaque côté, au milieu de la moitié de la tumeur vésicale correspondante.

Il y avait enfin un spina bifida des dernières vertèbres lombaires et sacrées. Mais la dernière vertèbre sacrée était moins ouverte que les autres; il paraissait y avoir deux poches en communication l'une avec l'autre. L'écartement des pubis était de 1 1/2 pouce.

OBSERVATION XV.

Cas d'exstrophie de la vessie avec absence du rectum, le côlon s'ouvrant dans la paroi vésicale. Absence de symphyse pubienne (écartement des os pubis) sur un enfant du sexe féminin (Obstetrical Transactions, t. XV, p. 125).

Le Docteur Cooper Rose, de Hampstead, montra à la Société obstétricale de Londres, dans sa séance du 7 mai 1873, un enfant vivant, âgé de 3 jours, avec le vice de conformation suivant :

Toute la paroi abdominale, au-dessous de l'ombilic, faisait défaut; elle est remplacée par la paroi postérieure de la vessie, qui fait saillie en avant, formant ainsi une tumeur molle, arrondie, d'un rouge vif, saignant en divers endroits

Il n'y a pas de symphyse pubienne, à sa place, se trouve un vide dont le diamètre transverse est de 2 pouces environ; au bord inférieur de la tumeur et de chaque côté, on voit les lèvres de la vulve. Il n'y a pas de véritable anus, mais, à la partie inférieure de la tumeur, on trouve un cul-de-sac qui le représente probablement.

A peu près à la place normale du pubis, une portion d'intestin herniée ou prolabée, d'une longueur de 3 à 4 centimètres, fait saillie. A son extrémité, se trouve une ouverture qui donne passage à du méconium et à des gaz. Au-dessous, on voit une sorte de sac intestinal rempli de gaz, qui a tout à fait l'aspect, surtout lorsqu'on le regarde de bas en haut, d'un scrotum dont la peau serait dépouillée d'épiderme; la saillie de l'intestin pouvant simuler (ou simulant) le pénis.

À la jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la vessie extroversée, il y a deux orifices, un de chaque côté, séparés d'environ 3 centimètres, paraissant être les orifices des uretères, par lesquels on voit suinter quelques gouttes de liquide.

Le rectum semblait s'ouvrir très haut à travers la paroi vésicale et l'intestin poussé en avant et invaginé par les matières qu'il contenait. Le volume de cet intestin variait suivant qu'il était plus ou moins distendu par les matières fécales ou des gaz.

Le cordon ombilical s'insère à la paroi abdominale et se termine en une masse gélatiniforme (accumulation de gélatine de Warthon), mesurant 4 centimètres de diamètre, dans laquelle on distingue les vaisseaux du cordon. Cette masse se détacha plus tard avec le cordon, laissant une surface ovale granulée, légèrement déprimée au centre.

L'enfant était né un mois environ avant terme; il était du reste bien développé. Il mourut le 16 avril 1873, âgé de 18 jours.

L'autopsie fut faite trente-six heures après la mort, par les Docteurs Rash, Cooper, Rose et Payne.

Le corps était très ramolli. Au point d'insertion du cordon ombilical, existait une espèce de surface ovale granulée, de 1 1/2 pouce de large, et longue de 1 pouce, avec une dépression centrale qui formait l'ombilic. Le bord supérieur de cette surface était délimité par une

étroite bandelette de peau au-dessous de laquelle la paroi abdominale manquait complètement.

De l'ombilic jusqu'à la place habituelle de l'anus, et dans l'espace limité de chaque côté à l'épine iliaque antérieure et supérieure, la surface était occupée par une tumeur saillante, irrégulière et rouge, qui ressemblait à une muqueuse. De chaque côté de cette tumeur et situées à peu près à la jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, et à une distance transversale de 1 pouce, se voyaient deux ouvertures que la dissection démontra être celles des uretères.

Au-dessous et sur la ligne médiane existait une ouverture arrondie, environnée de tous côtés par la muqueuse et se terminant par un cul-de-sac de 1 pouce de profondeur.

La paroi abdominale sous-ombilicale fut ensuite soigneusement relevée en haut. Le ligament du foie était normal. On constata des adhérences du péritoine pariétal aux intestins autour du nombril. En poursuivant le côlon dans la direction du rectum, on vit qu'il aboutissait, à travers la paroi vésicale, à l'orifice par lequel passaient les matières fécales pendant la vie. Jusqu'à cet endroit, le côlon avait sa dimension normale, mais au delà, il se continuait par un appendice vermiforme, de 1 cm. 5 de long, pour se terminer en cul-de-sac flottant dans la cavité abdominale.

L'uretère droit, normalement développé, se terminait à l'endroit ci-dessus indiqué. L'uretère gauche était largement dilaté et recouvert par de petites veines variqueuses et ondulées. La partie qui s'insérait dans la paroi vésicale n'était pas dilatée, mais, supérieurement, l'uretère était distendu par du liquide qui s'échappait par l'orifice vésical lorsqu'on comprimait ce canal.

Il n'y avait pas de symphyse pubienne, les pubis étaient écartés de 1 1/2 pouce au moins. De chaque côté du bassin, appuyés sur les branches montantes des ischions, se voyaient deux corps charnus de 9 lignes environ de longueur, un peu piriformes, larges en bas, arrondis en haut, séparés l'un de l'autre par un espace de plus de 8 lignes et ne communiquant pas ensemble. Celui de gauche ayant été enlevé avec soin et incisé longitudinalement, on reconnut que c'était une moitié latérale de l'utérus, possédant une cavité centrale

tapissée d'une membrane muqueuse, et qu'elle communiquait à sa partie supérieure avec une trompe de Fallope, derrière laquelle se trouvait un ovaire. Cette portion n'avait ni col, ni vagin.

Le corps du côté droit ayant été enlevé, on remarqua qu'il correspondait exactement avec celui du côté gauche; cependant, à sa partie inférieure, on voyait un cul-de-sac vaginal. Le vagin, bien dessiné, n'avait que 4 lignes de longueur et n'avait pas d'ouverture à l'extérieur. C'était donc deux moitiés latérales d'utérus, sans aucune connexion entre elles, la gauche n'ayant ni col ni vagin, et la droite les possédant tous deux.

OBSERVATION XVI.

Monstre anencéphale, exstrophie vésicale, exstrophie de l'estomac, utérus et vagin bifides, anomalies multiples.

Ce monstre est certainement un des plus curieux que nous connaissons; il fut apporté par une sage-femme à l'amphithéâtre d'anatomie de la Faculté de médecine Nancy. M. le Professeur Tourdes, après en avoir fait sommairement la description extérieure à son cours de médecine légale, le 28 février, confia le sujet au Service d'anatomie, où l'on en fit la dissection. Quant aux renseignements relatifs à la grossesse et à l'accouchement, nous les tenons de l'obligeance de M. le Professeur Tourdes.

La fille N..., âgée de 21 ans, brodeuse, était enceinte pour la première fois. Elle est de petite taille, boîte un peu; le rachis est légèrement déformé, le bassin est large. Il n'y a pas de difformité connue dans la famille, et le père présumé de l'enfant est un jeune homme bien constitué. Sa grossesse n'a rien offert de particulier; elle n'a pas été pénible; elle s'est passée sans accidents; la famille est pauvre, mais à l'abri de grandes privations. Les mouvements de l'enfant ont été sentis d'assez bonne heure. La grossesse n'était pas à terme, lorsque, dans les premiers jours de février, la fille N..., étant au marché, reçut un coup sur le ventre. A dater de ce moment, elle éprouva des douleurs et elle ne sentit plus les mouvement de l'enfant.

Huit jours après, le travail commença; les douleurs préparantes se prolongèrent pendant cinq jours environ. La sage-femme ayant été appelée, pratiqua le toucher et eut des doutes sur la position; elle crut cependant reconnaître la face. Les fortes douleurs durèrent vingt-quatre heures sans être excessives; la sage-femme fut appelée de nouveau au dernier moment, le 26 février 1874. Arrivant en toute hâte, elle trouva l'accouchement terminé, l'enfant venait de naître, mais il n'était pas encore séparé de la mère; il ne donnait aucun signe de vie, il était rouge et l'épiderme se détachait en plusieurs endroits. Il n'était pas à terme; on constata aussitôt une difformité de la tête.

La sage-femme coupa le cordon et opéra la délivrance sans difficulté. La perte de sang fut très faible.

L'enfant, du poids de 1.020 grammes, mesure 25 cm. 1/2 de longueur (du sommet de l'ombilic, 145 mm.; de l'ombilic au talon, 110 mm.). Sa peau est rosée et recouverte d'un enduit sébacé. Il a l'aspect d'un batracien. Sa face, dirigée vers le ciel, est rougeâtre. Il n'a pas de front. Les yeux, volumineux, saillants, sont entr'ouverts et distants l'un de l'autre de 15 millimètres. Le nez, écrasé, occupe le point le plus supérieur du corps. La bouche, entr'ouverte, ne présente pas d'anomalies et laisse voir la langue, qui est bien conformée. Les oreilles sont volumineuses. Les diamètres de la tête sont : du menton au front, 55 millimètres; du menton à la partie correspondante de la nuque, 55 millimètres; de l'angle externe d'une orbite à l'autre, 50 millimètres.

Immédiatement au-dessous du menton naît le tronc, qui, resserré à sa partie supérieure, donne attache aux membres supérieurs, qui sont bien conformés. La longueur du bras jusqu'à l'extrémité du médius est de 17 centimètres; la main mesure 4 centimètres de longueur. Les ongles sont formés.

À la partie antérieure de l'abdomen, il n'y a rien d'anormal jusqu'au niveau du cordon ombilical, qui est très épais. Il adhère à l'ombilic et ne contient que deux vaisseaux : une artère et une veine.

Immédiatement au-dessous du cordon, on aperçoit une saillie membraniforme qui descend entre les cuisses et qui, de prime abord, res-

semble au scrotum. Un examen plus attentif fait voir que la surface extérieure de cette saillie a plutôt l'aspect d'une muqueuse que celui de la peau. Puis, lorsqu'on arrive à la limite de cette membrane, on remarque très bien une ligne de jonction entre elle et les parois abdominales.

La cavité abdominale ayant été ouverte, on constate que cette tumeur est une poche herniaire dans laquelle s'engagent la moitié antérieure du lobe carré du foie, le fond de la vésicule biliaire et la partie correspondante du rebord droit de cet organe. Après avoir extrait le foie de cette poche et récliné celle-ci en haut sur les parois abdominales, on voit, tout près de sa limite inférieure et de chaque côté de la ligne médiane, une fente de 2 millimètres de longueur, légèrement inclinée du haut en bas et de dehors en dedans. Ces deux orifices, qui sont distants l'un de l'autre de 8 millimètres, sont ceux des deux uretères.

En arrière et au-dessous, on remarque également de chaque côté de la ligne médiane deux nouveaux orifices, beaucoup plus larges que les précédents, séparés par une cloison fort mince, déviée à gauche et faisant saillie à l'extérieur; ce sont les orifices de deux vagins.

En arrière de chacune des ouvertures vaginales et un peu vers le côté externe, se trouvent deux petits orifices que nous croyons devoir être l'orifice du canal excréteur des glandes de Bartholin.

Immédiatement derrière la cloison vaginale, et par conséquent sur la ligne médiane, se trouve un petit infundibulum qui aboutit à un pertuis mesurant à peine 1 millimètre de diamètre; c'est l'orifice anal.

Enfin, au-dessous de ces parties et encore de chaque côté de la ligne médiane, on aperçoit un pli assez saillant, long de 1 centimètre, ridé à sa surface et ayant l'aspect d'une muqueuse : ce sont les petites lèvres.

Plus en dehors, un léger relief de la peau figure les rudiments des grandes lèvres. D'après la position de ces plis, on voit que l'orifice anal se trouve situé dans le champ de la vulve. Nous ne trouvons pas de trace de clitoris.

Les os pubis, complètement formés, présentent au niveau des épines du pubis un écartement de 45 millimètres; on ne constate pas de

bandes ligamenteuses entre ces os. Le diamètre bi-iliaque (d'une épine antérieure et supérieure à l'autre) est de 85 millimètres.

Afin de bien nous rendre compte de la nature de la poche herniaire, nous avons étudié sa structure et nous avons surtout cherché à voir si l'on trouverait dans son épaisseur les mêmes éléments contractiles que ceux que l'on rencontre dans les parois de l'abdomen. Or, dans toute l'étendue de la surface abdominale de cette poche, l'on trouve une lame épaisse et continue, constituée par des fibres musculaires lisses comme dans la vessie, et, immédiatement en dehors de la jonction de cette membrane avec les parois abdominales, on trouve les fibres musculaires striées de ces parois.

La structure intime de cette poche herniaire, la membrane muqueuse qui la recouvre, les deux orifices qui s'ouvrent à sa surface, et qui communiquent avec les uretères, nous montrent donc bien que cette tumeur est constituée par la vessie exstrophée.

Lorsqu'on refoule dans l'abdomen cette poche herniaire, elle figure parfaitement la vessie et les uretères reprennent la place qu'ils occupent sur un sujet normal.

Les membres inférieurs, bien conformés, mesurent 13 centimètres du pli de l'aine au talon. La longueur de la face plantaire est de 6 centimètres;

Nous trouvons à la partie supérieure et postérieure de la tête une tumeur qui se présente sous l'aspect d'une poche vide, membrani-forme, plissée et affaissée sur elle-même et communiquant avec l'extérieur par deux orifices situés de chaque côté de la ligne médiane. Le diamètre de l'orifice du côté droit mesure 1 centimètre; celui du côté gauche, 15 millimètres. Les parois de cette poche sont lisses à la surface externe, et très éraillées à la surface interne. Elles sont constituées dans toute leur épaisseur par du tissu conjonctif embryonnaire contenant une quantité considérable de vaisseaux gorgés de sang. Les deux surfaces sont dépourvues d'épithélium. Ces membranes sont sans doute les méninges vides de matière cérébrale.

A 1 centimètre plus bas, se trouve une autre tumeur, sous forme de champignon étalé dans le sens transversal et empiétant un peu plus sur le côté gauche que sur le côté droit. Sa largeur est de 43 millimètres; sa hauteur de 28 millimètres. La surface de cette tumeur

présente l'aspect de la muqueuse intestinale, et son pourtour se continue avec la peau, à laquelle il est intimement uni en haut et en bas sur la ligne médiane. A la partie supérieure, on rencontre un orifice infundibuliforme assez large, conduisant dans l'œsophage; inférieurement, on trouve un second orifice, étroit, circulaire, à rebord légèrement saillant, en communication avec l'intestin grêle; c'est une exstrophie de l'estomac. Cet organe, pour se présenter ainsi à l'extérieur, traverse un orifice résultant de la division complète du rachis en deux parties latérales égales. Cette division commence en bas à l'extrémité inférieure du sacrum et remonte jusqu'à la partie basilaire de l'occipital. Nous avons donc, dans ce cas, un spina bifida complet. L'estomac, en passant par cet orifice, a entraîné avec lui la rate, qui se trouve ainsi à découvert.

Dans la cavité abdominale, nous trouvons les reins à leur place normale, bien développés, possédant chacun une capsule surrénale. Les uretères, sinueux, sans toutefois présenter de dilatation, vont s'ouvrir, comme nous l'avons vu, à la partie inférieure de la paroi postérieure de la vessie, en passant tous les deux sous les annexes utérines et le ligament rond, et l'uretère gauche sur l'uretère ombilicale.

L'utérus est bicorne; les deux cornes, correspondant à toute la longueur du corps, sont complètement séparées. Elles sont dirigées transversalement en dehors, et de leur extrémité externe se détachent, dans l'ordre habituel, le ligament rond, la trompe et l'ovaire. Les deux cols sont unis sur la ligne médiane et s'ouvrent chacun dans un vagin indépendant. Ce vagin, ainsi divisé dans toute sa longueur par une cloison légèrement inclinée à gauche, est perméable, et très distendu, surtout à droite, par des débris épithéliaux.

Outre ces anomalies, la dissection nous montre encore plusieurs particularités importantes. Dans l'appareil circulatoire, le cœur, qui est normal, donne naissance à un tronc aortique qui, au niveau de la crosse, se divise en deux, de manière à former deux aortes. A leur origine, les deux crosses sont d'égal volume, mais celle du côté gauche s'élargit brusquement près de son extrémité externe par sa jonction avec l'artère pulmonaire, ou, autrement dit, le canal artériel. L'aorte gauche, de beaucoup la plus volumineuse, après avoir fourni

les artères iliaques interne et externe, qui sont très grêles, se termine en remontant vers l'ombilic et forme l'artère ombilicale du cordon. L'aorte du côté droit, qui ne fournit pas d'artère ombilicale, est très grêle et se divise simplement en hypogastrique et en iliaque externe.

Le tube digestif offre également des anomalies assez curieuses; outre l'exstrophie de l'estomac à la partie postérieure du tronc, dont nous avons parlé, nous trouvons au niveau de la réunion de l'intestin grêle avec le gros intestin deux appendices vermiculaires très développés, de 1 centimètre de longueur. Le rectum est à sa place habituelle jusqu'à la partie inférieure, mais, à ce niveau, il se rétrécit brusquement pour se terminer en un canal étroit qui va s'ouvrir à la partie postérieure du vagin au-devant des petites lèvres.

Le système nerveux central n'existe pas; on ne trouve que les nerfs périphériques, qui sont bien développés.

Telles sont les anomalies les plus importantes que nous présente ce monstre, qui est certes un des sujets où se trouvent réunis les vices de conformation les plus divers.

OBSERVATION XVII.

CHAIGNEAU, thèse Bordeaux, 1904-1905.

X..., 30 ans, cultivatrice, entre à la Maternité de Pellegrin le 16 septembre 1904, à 10 heures du soir, venant des environs de Bordeaux. Son père est mort de tuberculose pulmonaire, sa mère vit et se porte bien. La malade a une sœur un peu plus âgée qu'elle, jouissant d'une bonne santé. Les parents n'ont pas eu d'autre enfant; elle ne connaît dans sa famille aucune personne mal conformée.

Elle a été nourrie au sein maternel, a marché à un an, sans claudication, sans balancement, sans arrêt à aucune époque. Nous n'avons pu la voir marcher qu'au moment de son départ; elle était affaiblie par un séjour prolongé au lit et semblait hésitante; mais elle n'avait pas la démarche caractéristique « du canard ». D'ailleurs, elle a affirmé elle-même qu'avant d'être enceinte elle marchait comme tout le monde, sans fatigue; et pouvait travailler toute une journée aux champs.

Elle a été réglée la première fois à 12 ans. Les règles furent toujours régulières, abondantes et très douloureuses. En dehors de l'ectropion de la vessie dont nous parlerons plus loin, et à laquelle on n'essaya jamais de remédier, cette femme n'a jamais fait aucune maladie, sauf une pneumonie à 18 ans.

C'est sa première grossesse. Le père de l'enfant est cultivateur; il a 24 ans et se porte fort bien.

Rien à signaler pendant le temps de la grossesse. Sa famille est depuis quelque temps au courant de son état; mais, dans le pays, personne ne sait qu'elle est enceinte. Elle a été réglée pour la dernière fois au mois de décembre 1903, du 24 au 28.

Le 13 septembre, vers le soir, au bout de huit mois et demi de grossesse par conséquent, elle commence à souffrir et sent brusquement quelque chose lui descendre à la vulve. Son entourage s'aperçoit que par cet orifice sort une masse arrondie, lisse, luisante, rougeâtre qu'on n'essaye pas de réduire. Dans la nuit, elle perd les eaux. On se décide, le 16, à la transporter à la Maternité de Pellegrin, et c'est dans l'état suivant qu'elle se présente.

C'est une femme de taille moyenne, d'aspect assez âgé et fatigué, blonde, édentée. En la découvrant, on voit, au niveau de l'hypogastre, sur une ligne médiane, une surface à peu près régulièrement arrondie, fortement bombée, de 6 centimètres environ de diamètre, d'aspect bourgeonnant, velouté, mamelonné, de couleur rouge vif, saignant légèrement. La partie inférieure de la tumeur est moins rouge. Dans l'intervalle des saillies, on trouve un enduit d'aspect glaireux, luisant, verdâtre sous une certaine épaisseur. De deux points distants de 2 centimètres l'un de l'autre, et placés au-dessous du centre de la tumeur, on voit s'écouler continuellement de l'urine, qui, de là, gagne lentement les plis génito-cruraux. Les orifices par où s'écoule cette urine ne sont pas apparents; il faut les chercher soigneusement pour les découvrir sous les couches de mucus qui les recouvrent et les bourgeons qui les masquent.

Tout autour de la tumeur, la peau apparaît brusquement, ferme, non décollée sur les bords, blanche par endroit, gaufrée, étirée comme un tissu cicatriciel, ailleurs pigmentée et lisse. Il n'y a pas d'ombilic. Cependant, immédiatement au-dessus de la tumeur, qui est formée

par la paroi postérieure de la vessie, on voit un petit godet, d'apparence cicatricielle qui pourrait bien être une trace d'ombilic.

Au-dessous de la vessie, à 1 centimètre environ, fait issue, par l'orifice vulvaire, une nouvelle tumeur ayant la forme et la grosseur d'une petite mandarine, lisse, tendre, rouge violacée, luisante, sèche. Le doigt, en explorant sa surface, rencontre à sa partie antérieure un orifice linéaire, allongé dans le sens transversal, limité par deux bourrelets, l'un supérieur, l'autre inférieur, appréciables surtout au toucher. Cette tumeur n'est autre chose que le col utérin prolabé, étranglé, augmenté de volume. Le doigt, pénétrant par l'orifice, se trouve dans le canal cervical, qui, étroit à l'entrée, va s'élargissant peu à peu et permet d'arriver sur une partie fœtale qui paraît être le dos.

L'orifice vulvaire serre fortement le col utérin. Le doigt cependant pénètre dans le vagin au niveau de la fourchette et fait le tour du col, explorant le vagin et les culs-de-sac. Ceux-ci sont fort peu profonds, surtout l'antérieur, l'utérus ayant sans doute entraîné dans sa chute une partie des parois vaginales. Le vagin est très court, le doigt n'atteint pas le promontoire, ne suit pas la face antérieure du sacrum. En avant, en soulevant la paroi antérieure du vagin, on ne heurte pas la ceinture osseuse. En effet, il n'existe pas chez cette femme de symphyse pubienne.

La distance qui sépare les deux parties est de 15 cm. 9. Dans l'intervalle, on ne trouve que des parties molles, un pont cutané de 1 centimètre à peine de largeur sépare la tumeur vésicale de la tumeur formée par le col étranglé, et toutes les deux se touchent au-dessus de cette séparation. Les poils sont développés de chaque côté, au-dessus des arcades crurales et vont se perdre entre les cuisses vers la région vulvaire. Il est impossible d'examiner la vulve à ce moment, car elle est masquée par la partie prolabée. L'anus est normalement situé et ne présente rien de particulier.

Les contractions utérines, qui sont assez rapprochées, ne se manifestent à la vue que par un léger soulèvement de la paroi abdominale. L'urine, cependant, qui dans les intervalles, s'écoule goutte à goutte, s'élance en jet à ce moment-là, surtout par l'uretère du côté droit. Les douleurs sont vives.

A la palpation, on sent au niveau du fond de l'utérus une large encoche divisant cet organe en deux portions d'inégal volume, l'une droite, remplie par une partie fœtale qui paraît être le siège, remontant presque jusqu'à dans l'hypocondre droit, l'autre gauche, remontant moins haut et renfermant l'extrémité céphalique.

Les bruits du cœur fœtal, qu'on entend un peu à droite immédiatement au-dessus de la vessie, sont lents et faibles.

On a donc affaire à une femme atteinte d'exstrophie de la vessie, enceinte de huit mois et demi, ayant un prolapsus utérin avec col étranglé à la vulve depuis deux jours. Comme le col, très serré, ne pouvait être laissé plus longtemps dans cette situation, que le travail durait depuis deux jours sans avancer et épuisait la femme, que, d'autre part, l'enfant en présentation de l'épaule, avec rupture de la poche des eaux depuis vingt-quatre heures, souffrait manifestement, on se décida à intervenir.

La malade baignée, soigneusement nettoyée, est portée à la salle d'accouchement et endormie. M. le Docteur Chambrelent commence aussitôt la réduction de l'utérus. L'orifice vulvaire, réellement très étroit et inextensible, enserre comme un anneau l'utérus au-dessus du col et rend cette opération assez longue et pénible. Toutefois, en faisant glisser le col, pendant les efforts de taxis sur le doigt introduit dans le vagin, on arrive à le refouler. La réduction se maintient difficilement et il semble que, si l'on n'y prenait garde, l'utérus pendant les contractions ferait de nouveau issue au dehors.

On commence alors la dilatation forcée; cette manœuvre est très laborieuse et rendue encore plus difficile par l'étroitesse de la vulve qui empêche l'introduction de la main. Au bout d'un temps assez long, cependant, deux doigts peuvent aller à la recherche d'un membre inférieur. Ils l'atteignent avec beaucoup d'efforts, car le fœtus n'évoluant pas dans l'utérus, qui le bloque en A. I. G. de l'épaule droite, présente obstinément le dos. Cette immobilité de l'enfant est due, nous l'avons vu, à ce que son siège est emboîté dans la corne droite, sa tête dans la gauche; en agissant sur la paroi abdominale, il est impossible de provoquer le moindre mouvement du fœtus dans la cavité utérine. Enfin un membre inférieur, le droit, est attiré au dehors. Toujours à cause de l'anneau vulvaire, le dégagement du

siège et du second membre est très malaisé. Le tronc vient assez facilement, mais la tête reste un moment étranglée à la vulve bien qu'on exécute la manœuvre de Mauriceau.

Immédiatement après l'accouchement, l'utérus menace de sortir de la vulve. On le refoule avec les doigts, en attendant la délivrance qui se fait normalement, et on bourre ensuite fortement le vagin de compresses pour maintenir l'utérus réduit et un peu haut. Il n'y a pas d'hémorragie, mais le col est un peu déchiqueté; l'orifice vulvaire a peu souffert, le périnée est intact.

Pendant ce temps-là on s'occupait de l'enfant, une petite fille qui, malgré tous les soins qu'on lui donna, ne put être ramenée à la vie. Elle pesait 2.070 grammes.

La femme fut garnie soigneusement. On essaya de protéger la région vulvaire contre l'écoulement de l'urine et on la rapporta dans son lit.

Le lendemain, on enlève les compresses mises dans le vagin. Elles ont une odeur forte de sphacèle et paraissent, malgré les précautions prises, imprégnées d'urine.

La vulve apparaît alors comme un orifice béant, presque arrondi, d'assez vilain aspect, dont le fond est fermé en haut par la paroi vaginale, en bas par le col utérin qui est redescendu, les compresses enlevées.

Le col est déchiqueté, sphacélé; des lambeaux noirâtres qui semblent prêts à se détacher flottent dans l'eau d'injection. La malade répand une odeur fort désagréable, ressemblant un peu à celle des infiltrations d'urine largement ouvertes. Sur les côtés de l'orifice vulvaire, les petites lèvres apparaissent intactes mais un peu renversées en dehors; en arrière de celles-ci, les parois vaginales présentent quelques escarres; au-dessus de chaque côté une moitié de clitoris à laquelle chacune fournit un demi-capuchon.

Dans les jours qui suivirent, le col s'élimina presque complètement par lambeaux. Les escarres des parois vaginales tombèrent, l'odeur si désagréable de sphacèle disparut. La malade n'eut pas la moindre élévation de température, son appétit fut toujours excellent, ses fonctions digestives s'accomplirent normalement. L'utérus, d'abord très volumineux, se rétracta vite, et toujours nettement cordiforme, finit par disparaître derrière la vessie, et on ne put plus l'atteindre.

L'état de la vessie restait le même; elle était peut-être un peu moins bombée qu'au moment de l'arrivée de la malade. Sous les fausses côtes, de chaque côté de la colonne vertébrale, on sentait deux masses volumineuses immobiles, qui paraissaient être les reins au moins doublés de volume. La pression au niveau de ces masses, et surtout au-dessous, sur le trajet que doivent suivre les uretères, faisait sortir alternativement un jet d'urine par chaque orifice des uretères.

Au bout de quinze jours, l'état des organes génitaux de cette femme était si bon qu'on la fit passer dans le service de M. le Professeur Pousson. Elle y resta quinze jours refusant toute espèce d'intervention, et c'est après ce séjour que nous avons fait faire une radiographie. A sa sortie voici quel était l'état de sa vulve. C'était un orifice triangulaire, béant, dont l'un des côtés était formé par le pont cutané séparant la vessie du vagin. Au-dessous se déroulait la paroi vaginale antérieure. Cette paroi, très courte, était vue presque en entier, et, au-dessous, on apercevait le col utérin ou plutôt ce qui restait du col, un bourrelet irrégulier venant affleurer à la fourchette. Les deux autres côtés du triangle étaient formés par les grandes et les petites lèvres. Ces dernières, nous l'avons vu, bien constituées, fournissaient la moitié d'un capuchon à chaque portion du clitoris divisé. Une distance de 3 centimètres séparait les deux moitiés du clitoris. Les grandes lèvres, s'unissant à la partie inférieure, formaient un angle mousse laissé intact par l'accouchement.

La station debout n'était pas douloureuse; la chute de matrice faisait que la malade marchait lentement et un peu penchée en avant, mais la marche se faisait sans balancement, sans déhanchement, sans douleur. Elle promit de venir demander une intervention s'il lui était impossible de reprendre ses occupations aux champs.

OBSERVATION XVIII.

J. BARDON, interne du Service Civile (Hôpital Lariboisière), *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, Paris, 1923.

X... (Mlle), 39 ans, est admise le 2 avril 1923 dans le service de M. Marion pour exstrophie vésicale. Elle a supporté jusqu'à ces der-

niers temps sans trop de gêne son encombrante infirmité. Portant un urinal en toile cirée, elle a toujours exercé son métier assez pénible de blanchisseuse.

Depuis un an, la partie inférieure de la tumeur exstrophée est devenue subitement douloureuse, malodorante, et cela au point que la patiente, pourtant très énergique, demande à tout prix et le plus rapidement possible l'intervention libératrice.

Localement la malade présente :

1° Une masse bilobée médiane au niveau de la région pubienne :

a) Le lobe supérieur présente les dimensions, la forme et la coloration d'une moitié d'orange aplatie. Il est séparé par un sillon horizontal d'une masse inférieure plus petite et plus saillante.

b) Celle-ci a le volume d'une petite mandarine, est grise et irrégulière d'aspect, de consistance ferme, mais extrêmement douloureuse au moindre contact. La face supérieure est recouverte d'une muqueuse terne, ulcérée par places, tapissée d'un enduit grisâtre et de petites formations villeuses, irrégulières, sur lesquelles l'urine s'écoule en bavant. Les bords latéraux de cette masse sont à peine rosés.

A priori, le diagnostic d'exstrophie vésicale s'impose; la partie supérieure correspondant au dôme, la partie inférieure au bas-fond et à l'urètre.

Mais l'aspect de cette masse inférieure, la douleur dont elle est le siège, l'odeur qui s'en dégage, font penser qu'il s'agit d'un néoplasme greffé sur la muqueuse vésicale.

La douleur vive, spontanée, et provoquée par la plus légère exploration, nous a empêché de rechercher les orifices urétéraux.

La palpation des reins ne donne aucun renseignement; la malade accuse simplement quelques douleurs lombaires droites survenues voici dix ans et disparues en quelques jours sans traitement spécial.

2° L'ombilic est déplissé, fortement abaissé, comme c'est la règle dans l'exstrophie, placé à 7 centimètres environ au-dessus du pubis, presque au ras du pôle supérieur de la muqueuse vésicale. En outre, l'abdomen est globuleux, tendu sur une volumineuse masse liquide enkystée, diagnostiquée kyste de l'ovaire.

Recherchant les autres malformations, nous constatons que l'anus

est déplacé à 2 centimètres au moins devant la ligne bi-ischiatique. Les muscles droits, réunis à la partie supérieure de l'abdomen, divergent en bas pour s'insérer sur les pubis, distants de 14 centimètres comme le montrera la radio. Celle-ci révélera en outre un élargissement du bassin par redressement des ailes iliaques qui ont perdu leur obliquité normale pour prendre une direction presque verticale. Des deux côtés les cols fémoraux paraissent raccourcis.

Malgré cela il n'existe pas de troubles de la démarche. Peut-être, quand on est averti, remarque-t-on un léger déhanchement; la malade s'avance en écartant assez fortement les pieds.

Par ailleurs, on ne rencontre d'autres malformations qu'au niveau de la bouche. Les incisives sont mal plantées, irrégulières, les incisives latérales sont déformées en crochets.

Dans les antécédents héréditaires ou personnels, on ne relève aucune particularité. La malade ne connaît aucune infirmité dans son entourage. Un frère est marié et père de famille. Elle-même a toujours vécu en parfaite santé. Régée à 13 ans, ses menstrues ont toujours été régulières et indolores, quoique peu abondantes. Divers médecins, consultés aux différentes étapes de son existence, se sont toujours prononcés contre l'intervention devant la parfaite tolérance de cette infirmité. Le Wassermann est négatif.

Seules, les douleurs locales, d'apparition relativement récente, ont conduit la malade à réclamer l'opération.

Le diagnostic, étant : kyste de l'ovaire, exstrophie vésicale avec néoplasme du bas-fond, M. Marion se proposait d'agir en deux séances opératoires :

- A. Première séance : Résection du kyste, résection de l'exstrophie, abouchement des uretères au niveau de la brèche opératoire.
- B. Deuxième séance : Dérivation des urines en faisant soit une urétérostomie soit une néphrostomie.

A. PREMIÈRE SÉANCE LE 5 MAI 1923. — a) *Temps abdominal*. — Laparotomie médiane s'arrêtant un peu au-dessus de l'exstrophie. Ponction et résection d'un volumineux kyste parovarien gauche après ligature de son pédicule. Les annexes gauches sont normales, mais la

trompe droite est invaginée sur toute sa longueur dans un diverticule péritonéal. Elle est facilement extériorisée par simple traction.

Le Douglas est extrêmement profond devant un rectum normal. Fermeture du péritoine.

b) *Temps vésical.* — Aux ciseaux, partant de la partie inférieure de la laparotomie, on circonscrit d'abord la partie supérieure de la tumeur vésicale. Plus bas, de chaque côté, on coupe de puissants ligaments pubo-vésicaux à direction transversale.

La tumeur ne tenant plus alors que par sa partie inférieure, on l'attire en avant pour la sectionner transversalement et la détacher complètement, en allant de droite à gauche.

Dès le premier coup de ciseaux s'échappe un pus fétide. On l'étanche soigneusement en protégeant la périphérie. Le pus tari, on continue la section, prudemment, en tirant sur la vessie pour tendre les uretères.

On reconnaît et repère l'uretère droit croisé par une volumineuse artère ombilicale qui est pincée et liée. A ce moment, on s'aperçoit que les ciseaux ont sectionné du même coup la paroi vaginale antérieure et, le col de l'utérus, gros à peine comme le petit doigt à ce niveau.

La paroi postérieure a été respectée et monte en nappe triangulaire à base inférieure s'insérant au col utérin un peu au-dessus de sa zone de section.

On ligature l'ombilicale gauche qui saigne; on ne voit pas l'uretère gauche.

Un coup de ciseaux achève la section de la paroi antérieure du vagin, et la vessie est maintenant complètement détachée.

Ligatures nombreuses. Une sonde est mise dans l'orifice urétéral droit. L'uretère gauche n'est pas recherché, pour ne pas prolonger la durée de l'acte opératoire.

Fait particulier : La pression au niveau du rein droit fait sourdre un jet d'urine par l'orifice urétéral; donc légère hydronéphrose droite.

La même manœuvre pratiquée à gauche ne met pas en évidence l'orifice urétéral gauche, qui, selon toute probabilité, est lié dans le même catgut que l'artère ombilicale homolatérale,

Suture de la paroi abdominale.

En bas, il reste une zone triangulaire que ne peuvent recouvrir les masses cutané-musculaires et qui est fermée partiellement par adossement de la muqueuse vaginale à la peau.

L'orifice urétéral droit est fixé entre peau et muqueuse. Un gros drain est placé dans chaque fosse ischio-rectale, extrêmement profondes.

Pièce. — Montre deux parties : Partie supérieure, qui n'est autre que la paroi vésicale exstrophée et complètement retournée, présentant en bas les orifices urétéraux, punctiformes, réunis par un pli inter-urétéral nettement marqué. La partie inférieure, plus petite, compacte, qui avait été prise pour la région du trigone exstrophée et cancéreuse, n'est autre que le col allongé, hypertrophié, analogue à ceux que l'on observe dans le prolapsus des femmes âgées.

Les lésions de sa face supérieure sont d'ordre irritatif, déterminé par le contact permanent de l'urine.

Le col, très volumineux dans sa partie distale, présente une portion isthmique grosse seulement comme le petit doigt.

Le flot de pus fétide que nous avons signalé lors de la section transversale du pédicule postéro-inférieur de la vessie venait simplement de la cavité vaginale.

Suites opératoires parfaites. Une sonde à demeure dans l'uretère droit draine les urines dans un récipient.

Vers le cinquième jour, le catgut de l'artère ombilicale gauche tombe et à côté de lui se montre l'orifice de l'uretère gauche, qui est immédiatement drainé comme le droit au moyen d'une sonde à demeure.

A partir de ce moment, la plaie, n'étant plus souillée par l'urine, se cicatrise rapidement.

Vers le douzième jour on retire les drains des fosses ischio-rectales, tant l'oblitération rapide et complète permet de pratiquer la deuxième intervention.

B. DEUXIÈME INTERVENTION LE 2 JUIN (Double urétérostomie iliaque).

— La région est soigneusement lavée à l'éther. Une sonde repère est placée dans chaque uretère.

On commence par le côté gauche, la technique étant d'ailleurs la même pour les deux côtés. Aucun incident à signaler.

La malade est placée comme pour une néphrectomie, le flanc opposé à la zone d'intervention légèrement soulevé par le support de Pillet.

Incision lombo-iliaque. Traversée des plans musculo-aponévrotiques. Décollement du péritoine. Découverte simple de l'uretère, qu'on isole facilement du péritoine.

A droite, l'uretère est gros comme le petit doigt, ses parois sont sclérosées. A gauche, son calibre est normal.

Le péritoine est remis en place.

Le bout proximal de l'uretère est extériorisé de manière que son ouverture dépasse le plan cutané de 2 centimètres environ. Deux catguts le fixent au plan cutané. Fermeture de la brèche pariétale. Une sonde urétérale à demeure de chaque côté draine les urines et évite de souiller le pansement.

Suites opératoires très simples. On change chaque jour les sondes urétérales; fils enlevés le douzième jour.

Peu à peu le moignon urétéral s'affaisse et son calibre se rétrécit. Au vingtième jour, la malade se lève; deux sondes de Nélaton introduites dans les uretères et plongeant dans un flacon suspendu à sa taille recueillent les urines.

A l'heure actuelle l'épidermisation de la zone vagino-pariétale est presque complète, et au milieu de cette région se montre en saillie la tranche de section du col utérin.

A noter que la malade n'a pas eu ses règles depuis l'opération.

Nous avons cru intéressant de relater cette observation à cause :

1° De l'erreur d'interprétation dont elle a été l'objet (Prolapsus utérin pris pour un néoplasme du bas-fond vésical exstrophie).

2° Rareté de l'exstrophie vésicale chez la femme.

3° Parfaite tolérance, dans ce cas, de l'infirmité par elle-même, dont seul le prolapsus a aggravé les conditions.

4° Absence presque complète de lésions rénales, ces lésions, hydro-néphrose, pyélonéphrite, pyonéphrose, survenant en général assez tôt; or notre malade ne présente qu'une hydronéphrose droite peu volumineuse et parfaitement tolérée.

5° Multiplicité des anomalies qui l'ont accompagnée, d'ailleurs assez fréquentes dans l'exstrophie.

a) Malformations dentaires;

b) Malformations pelviennes normales dans l'exstrophie, mais ici manifestement exagérées. Ecartement pubien de 14 centimètres. Redressement des ailes iliaques avec élargissement du bassin. Raccourcissement des cols fémoraux;

c) Forte antéposition de l'anus;

d) Abaissement de l'ombilic;

e) Kyste parovarien gauche;

f) Profond diverticule propéritonéal contenant la trompe droite;

g) Utérus petit, infantile, en situation normale, avec gros allongement hypertrophique du col;

h) Connexions génito-vésicales telles que : α . Le col hypertrophié obstruant complètement la vulve et exubérant devant les orifices urétraux; le vagin, mal drainé et perpétuellement souillé par l'urine, se remplit de pus; β . Le coup de ciseaux transversal a pu sectionner la paroi antérieure du vagin et l'isthme utérin.

6° Enfin, nous insistons sur le procédé tout simple de dérivation de l'urine employé par Marion, la néphrostomie ou l'urétérostomie étant beaucoup moins dangereuses pour la malade que les procédés qui consistent à refaire une cavité vésicale au moyen du rectum ou d'une anse intestinale exclue; leur tolérance est parfaite. Il suffit d'introduire dans la fistule rénale ou l'uretère un tube de caoutchouc que le malade peut faire bouillir et changer tous les jours. Une rondelle de caoutchouc glissant à frottement sur le tube est appliquée sur la peau par une lame de leucoplaste et obture complètement l'orifice, assurant l'étanchéité.

OBSERVATION XIX

M. PENCLIENATI, *Observation sur une fille qui avait passé pour être née sans nombril* (Mémoires de l'Académie royale des sciences (1784-1785), t. I, p. 387, Turin, 1786).

La nature ne suit pas toujours les mêmes lois dans la production des individus; elle s'en écarte quelquefois, de manière que l'observateur qui ne l'a pas suivie de près se trouve embarrassé pour donner la raison de ces changements.

Le sujet de l'observation dont il s'agit est une preuve de ce que je viens d'avancer. L'an 1780, au mois de septembre, la femme d'un habitant de Saorgio, nommé Grillo, se trouvant toute seule à un mille de ce village, accoucha d'une fille qu'elle porta chez elle, sans cordon ombilical, enveloppée dans son tablier. Ne faisant point réflexion qu'il avait pu se détacher du corps de la fille au moment de sa naissance, comme il arrive parmi les animaux, on crut qu'elle était parfaitement née sans nombril. Ce cas particulier surprit non seulement les habitants du village, mais encore les gens de l'art, qui ne pouvaient concevoir ni comment cette fille avait pu se nourrir dans le ventre de sa mère, ni comment elle pouvait jouir d'une parfaite santé. Cet embarras fut cause qu'on se détermina à m'écrire à Nice pour l'aller voir, et ce ne fut que quatre jours après sa naissance que je la visitai, avec le médecin et le chirurgien de l'endroit. Je n'aperçus d'abord aucune marque de nombril, ni dans tout le trajet de la ligne blanche, ni dans le reste du ventre; mais, ayant ensuite examiné les parties extérieures de la génération, que je trouvai toutes mouillées, enflées et très douloureuses, je vis dans l'endroit où est naturellement situé le clitoris une espèce de bouton rouge qui était enfoncé et, pour ainsi dire, caché au milieu des parties boursouflées. Ce bouton, qui avait un petit trou par où s'écoulait l'urine, me fit voir que c'était là l'endroit d'où s'était détaché le cordon ombilical, et que le trou par où sortait l'urine répondait à l'ouraque, alors ouvert, ainsi qu'on l'a observé dans le nombril de quelques enfants.

A mon départ, je priai le médecin, le chirurgien et le curé de me donner de temps en temps des nouvelles de cette fille et de m'en envoyer même le cadavre dans le cas qu'elle vint à mourir. Voici le rapport qu'ils m'en firent. « La fille dont vous nous demandez des nouvelles jouit d'une assez bonne santé, mais elle a dans les parties génitales une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dont la base se trouve appuyée sur le vagin; il sort par deux trous des parties de cette tumeur quelques gouttes d'urine qui augmentent à mesure qu'elle pleure et que l'on comprime le ventre ou la tumeur même. Le reste des parties de la génération est occupé par cette tumeur, et l'on n'y voit ni nymphes, ni autres parties externes. »

Je jugeai, d'après cet exposé, que la tumeur devait être une hernie

de la vessie et que les deux trous par où sortait l'urine répondaient probablement, l'un à l'ouraque, qui continuait d'être ouvert, l'autre à l'urètre, qui n'était plus reconnaissable à cause du changement arrivé dans la situation de la vessie. Ce dernier trou avait échappé à ma vue lorsque j'examinai cette enfant, parce qu'elle poussait tant de cris quand on touchait ses parties que je ne voulus pas la tourmenter davantage.

Sept mois après, le chirurgien m'apprit la mort de cette fille et me fit part des observations qu'il avait faites dans la dissection du cadavre. Il remarqua d'abord une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, couverte de téguments communs, qui paraissaient au-dessus et au-dessous des os pubis; dans la partie la plus élevée de la tumeur et un peu à droite, il y avait une éminence en forme de mamelon avec des rides à l'entour; c'était de cette éminence que sortait l'urine lorsque l'on comprimait le ventre, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer; il trouva le trou de cette éminence fermé, et l'urine sortait de l'autre trou, qui était probablement celui de l'urètre.

Les os du pubis étaient écartés l'un de l'autre de l'épaisseur de 3 doigts; ils se terminaient en une espèce de pointe, où étaient attachées les extrémités inférieures des muscles droits; ces muscles, pour s'accommoder à la convexité de la partie supérieure de la tumeur, étaient en cet endroit poussés en avant en forme d'arc.

Les grandes lèvres marquées par une espèce de pli cutané aux parties latérales de la tumeur; mais l'on ne voyait ni clitoris ni nymphes, quoi qu'il y eût au bas de la même tumeur l'orifice du vagin, qui se continuait jusqu'au cou de la matrice, comme dans l'état naturel. La tumeur était occasionnée par une hernie de la vessie, ainsi que je l'avais soupçonné d'après la première relation.

OBSERVATION XX.

Extraite de *Edimbourg Medical and Surgical Journal*, 1805,
t. I, p. 133, où elle a été reproduite.

L'enfant qui fait le sujet de cette relation ne vécut que trois mois. L'ombilic n'est pas beaucoup plus bas que naturellement. Il y a entre lui et la partie supérieure de la vessie exstrophée un intervalle de

1/2 pouce. La vessie elle-même est située plus haut que d'ordinaire et totalement distincte des parties externes de la génération. Celles-ci, étant extrêmement simples, consistaient simplement en une fente située à la partie inférieure de l'abdomen, si étroite qu'on pouvait difficilement l'apercevoir.

Entre elle et la vessie se trouvaient deux petits tubercules, et au dessus de ceux-ci deux plus grands, ayant une grande ressemblance avec ceux qui sont décrits dans le cas cité par Coates. A l'autopsie, on trouva que les uretères étaient plus gros que d'habitude et que les reins et les tubes de Bellini avaient beaucoup augmenté de volume. Les artères émulgentes, au contraire, étaient très petites. On pouvait entrer dans l'ouverture du vagin, qui conduisait à un utérus paraissant normalement conformé.

OBSERVATION XXI.

Professeur EARLE, médecin de l'Hôpital Saint-Barthélemy, à Londres, *Extroversion de la vessie chez une jeune fille* (*The London Medical Gazette*, 1833; *Annali Universali di Med.*, Milan, juin 1833; reproduite dans *Archives générales de médecine*, 1833, t. III, 2^e série, p. 273).

Une jeune fille de 15 ans, pour laquelle le Professeur Earle avait fait construire cinq ans auparavant un instrument qui avait contribué à diminuer notablement les incommodités résultant de ce vice de conformation, revint à l'hôpital pour faire réparer quelques pièces de l'appareil qui lui avait été appliqué; un nouvel examen donna lieu aux observations suivantes :

Chez cette jeune fille, il manque une large portion de la paroi antérieure et inférieure de l'abdomen ainsi qu'une partie des parois de la vessie dans la région correspondante, de telle sorte que la membrane muqueuse qui revêt la face postérieure de la cavité de cet organe vient se présenter au dehors de l'ouverture accidentelle. Cette partie de la membrane muqueuse vésicale est rouge, vasculaire, sensible, molle, enduite d'un mucus abondant dont la sécrétion s'est notablement accrue depuis que le docteur Earle avait visité la malade. Au-dessous de ce bourrelet muqueux existent les deux orifices des

uretères, desquels suinte continuellement l'urine; quelquefois, cette jeune fille parvient à retenir un peu d'urine, qu'elle rend ensuite sous forme de jet. A la partie supérieure de la surface muqueuse vésicale, on voit quelques cicatrices, dues à l'action de divers topiques qu'on a employés à plusieurs reprises pour détruire la sensibilité de cette membrane. 1/2 pouce au-dessous de la tumeur formée par la vessie, existent deux pertuis d'où s'écoule un fluide blanchâtre et dans lequel on peut introduire aisément une corde à boyau; probablement, ils communiquent avec le vagin.

La première fois que cette jeune fille se présenta à l'hôpital et que le Professeur Earle l'examina, ces deux pertuis n'existaient pas, du moins on ne les vit pas, malgré l'exploration minutieuse à laquelle on se livra. Ce qu'il y a de certain, c'est que pendant le séjour de cette jeune fille à l'hôpital, l'intervalle qui séparait ces deux orifices s'est considérablement rétréci. Ce serait un fait très remarquable si l'apparition, la formation de ces deux canaux coïncidaient avec l'approche de l'époque de la puberté, qui ne peut tarder longtemps. A l'aide du doigt, introduit dans la profondeur du rectum, on s'assure facilement que l'utérus existe et qu'il est régulièrement développé.

Dans la région périnéale, on observe un clitoris bifide et quelques rudiments de nymphes. Les grandes lèvres sont écartées, aplaties, très larges et rapprochées l'une de l'autre inférieurement. Les os pubis sont séparés par un grand intervalle, et les deux muscles droits sont notablement écartés l'un de l'autre au-dessus de la saillie formée par la vessie; leur écartement est rempli par une membrane aponévrotique et par la peau. Cette disjonction si considérable des os pubis a détruit nécessairement une partie de la fixité qu'ils ont ordinairement. Le bassin se trouve conséquemment élargi, de sorte que la démarche de cette jeune fille est analogue à celle du canard. L'intervalle qui sépare les pubis ne s'est pas rétréci, il n'existe pas d'ombilie; très probablement, les vaisseaux ombilicaux pénétraient dans l'abdomen immédiatement au-dessus de la saillie formée par la vessie.

Ce fait démontre que les membranes muqueuses n'ont pas avec la peau une identité d'organisation aussi complète que le disent beaucoup d'auteurs. Ainsi, cette portion de la membrane muqueuse n'a

éprouvé aucune modification, aucun changement de ses caractères extérieurs, quoi qu'elle soit restée depuis longtemps exposée au contact de l'air; elle a offert une résistance toute particulière à l'action des caustiques qu'on a employés pour la détruire, afin de la remplacer par une cicatrice moins difforme; elle s'est reproduite très promptement, quoique profondément désorganisée à plusieurs reprises, et n'a pas revêtu les caractères de la peau.

OBSERVATION XXII.

Note de M. le Docteur PRESTAT, *Exstrophie de la vessie chez un enfant du sexe féminin* (Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1838, t. XIII, p. 69).

M. Prestat présente les organes génitaux urinaires d'un enfant mort-né. Cet enfant, du sexe féminin, né à 7 mois de vie intra-utérine, est affecté d'exstrophie de la vessie. Cet organe, largement ouvert par sa partie antérieure, ainsi que le canal de l'urètre, se présente sous la forme d'un léger enfoncement tapissé par une membrane muqueuse qui se continue avec la peau de l'abdomen. Il est situé à 1/2 pouce au-dessous de l'ombilic, et en partie au-dessus, en partie au-devant du corps du pubis. A sa partie moyenne, sont deux tubercules, au-dessous desquels on voit un enfoncement où viennent s'ouvrir les uretères. Les grandes lèvres sont à peine marquées, ce qui du reste est normal à cet âge. Les petites lèvres, accolées à leur base dans une étendue de 3 à 4 lignes, s'éloignent l'une de l'autre supérieurement et se recourbent en dehors. Il n'y a pas trace de clitoris. Le vagin ne présente aucune anomalie.

Après avoir détaché la peau et la muqueuse, on voit que le corps du pubis manque, qu'il est remplacé par une bandelette fibreuse de 1 pouce de longueur, sous laquelle s'enfoncent les uretères et la partie inférieure de la vessie; la branche ascendante du pubis, au lieu d'être oblique en haut et en dedans, monte directement en haut. Il en résulte une diminution du trou obturateur et un agrandissement énorme de l'espace compris entre les deux branches ischiatiques. Le corps caverneux est bien conformé dans ses deux tiers inférieurs,

mais supérieurement il ne se réunit pas à celui du côté opposé et se recourbe brusquement en bas pour aller se jeter dans la petite lèvre. L'anus, le rectum, les organes génitaux internes sont régulièrement conformés ainsi que les uretères et les reins.

OBSERVATION XXIII.

Astley COOPER, *Cas de malconformation des organes génitaux urinaires chez une femme* (*Medical and Surgical Journal d'Edimburgh*, 1805, t. I, p. 129).

Carter (Anne), âgée de 22 ans, fut admise le 4 avril 1803 à l'Hôpital Saint-Thomas, dans le service du Docteur Cline, pour une tumeur fongueuse de la partie inférieure de l'abdomen à travers de laquelle l'urine s'échappait involontairement. La malheureuse était dans cet état depuis son enfance, mais quand arriva l'âge de la puberté, sa situation, dans le pays où elle était née, devint insupportable pour elle, car son infirmité était devenue notoire. Elle résolut de chercher à gagner sa vie à Londres où elle s'imagina pouvoir dissimuler sa maladie. Bientôt elle entra, comme domestique, au service d'une famille de la ville. Mais étant incapable de retenir ses urines, ses habits en étaient imprégnés, et la nuit ses draps étaient souillés. Aussi ses maîtres découvrirent-ils rapidement son infirmité et la renvoyèrent-ils de leur service. Après de nombreux désappointements de ce genre, elle fut réduite à soutenir sa misérable existence en mendiant. Elle erra jour et nuit dans les rues de Londres jusqu'à ce que, tombée malade sous l'influence de l'inanition et des injures de l'atmosphère, elle fut apportée par la police à l'hôpital. A son admission à Saint-Thomas, elle était réduite à un tel état, par la misère et le besoin, qu'elle mourut le 8 mars, quatre jours après son entrée.

Pendant la vie, lorsqu'on examina le fungus, on trouva qu'il occupait la région pubienne et qu'il s'étendait de là à l'endroit où est située la symphyse. Il était rouge; de texture spongieuse, très vasculaire en apparence, saignant à la plus légère irritation et très sensible au toucher. Il présentait trois proéminences; une large au milieu et deux plus petites de chaque côté. L'urine s'échappait fréquemment de la partie inférieure de la tumeur, et, si on donnait quelque

chose à boire à la malade, au bout de quelques minutes, elle commençait à couler goutte à goutte; mais si la femme faisait un effort considérable des muscles abdominaux, un mince filet d'urine s'échappait de chaque côté de la tumeur. Les ouvertures par où l'urine sortait étaient assez larges pour permettre l'introduction d'une petite sonde. Elles étaient situées de chaque côté de la tumeur, près de sa jonction avec la peau et à la partie inférieure; juste au-dessus de la tumeur se trouvait une cicatrice qui ressemblait à l'ombilic. Ainsi les vaisseaux ombilicaux avaient passé à travers les parois de l'abdomen, près du fongus, au lieu de s'ouvrir à leur place ordinaire.

Quand on examina son cadavre, on trouva que les grandes lèvres se comportaient autrement qu'à l'état normal. On constata une absence totale des nymphes et du méat urinaire. La partie inférieure de la tumeur s'étendait en bas, et occupait la place du clitoris et du méat. Le vagin était à sa place habituelle; il n'y avait pas d'apparence d'hymen.

A la dissection, on trouva que les corps du pubis étaient séparés l'un de l'autre d'une distance mesurant de 1 1/2 pouce à 2 pouces, et que les muscles abdominaux, immédiatement au-dessus de la symphyse, étaient séparés de telle sorte que la vessie n'avait rien pour la recouvrir.

En ouvrant l'abdomen et en regardant la cavité pelvienne, on vit que la vessie faisait hernie à travers l'ouverture de la peau et des muscles abdominaux, mais que sa portion antérieure manquait. En conséquence, la surface fongueuse que l'on trouvait sur la partie antérieure de l'abdomen était la paroi postérieure de la vessie avec les uretères qui s'y terminaient. Malgré cela, elle était solidement fixée à son pourtour, aux muscles abdominaux et à la peau. Les uretères qui s'ouvraient à la partie inférieure du fongus étaient extraordinairement larges, et avaient acquis l'apparence d'un réservoir. Les reins étaient deux fois plus volumineux que d'ordinaire, les bassinets étaient élargis, mais la partie glanduleuse sécrétante ne paraissait pas altérée. Les corps caverneux du clitoris adhéraient, comme d'ordinaire, aux branches du pubis; leurs muscles, bien que petits, étaient distincts. Les corps caverneux, à leur extrémité, ne se rejoignaient pas en ligne droite pour former un gland, mais ils tournaient dans une

direction demi-circulaire. En les poursuivant sur la partie supérieure du vagin, je les trouvais se terminant de chaque côté par un gland situé au milieu de la grande lèvre et recouverts par une portion de peau qui ressemblait au prépuce. Il y avait un intervalle de 2 pouces environ entre ces deux glands. L'utérus et ses annexes étaient normaux; les viscères abdominaux ne présentaient, comme le reste du corps, rien de particulier digne d'être rappelé.

OBSERVATION XXIV.

Archives générales de médecine, 1833, (2^e série, t. III, p. 276).

Le sujet de cette observation était une femme de 58 ans, qui fut apportée à l'Hôpital Saint-Antoine avec tous les symptômes d'une phtisie avancée, et qui mourut le lendemain.

A la partie inférieure de l'abdomen existe une tumeur mamelonée, rouge, couverte de mucosités et de pus, d'environ 2 pouces de diamètre, présentant en bas deux petites saillies latérales, surmontées chacune d'un orifice. C'est la surface de la vessie sur laquelle s'ouvrent les deux uretères. Elle se continue insensiblement avec la peau de l'abdomen, qui ressemble à une cicatrice. Les épines iliaques sont fort écartées. On s'assure avec le doigt que les surfaces osseuses, dont la réunion fait la symphyse du pubis, sont séparées l'une de l'autre par un intervalle de plus de 1 pouce, et la tumeur ci-dessus décrite est située en partie au-devant de cet intervalle. On ne trouve aucune trace de l'urètre. Sur les côtés, on voit deux replis, presque effacés, sur lesquels s'implantent quelques poils; ce sont les grandes lèvres entre lesquelles existe, surtout en arrière, une grande distance. Au-dessous de la tumeur, s'observe un trou arrondi, à bords minces, ayant 2 à 3 lignes de diamètre; c'est l'orifice du vagin que limitent latéralement ces deux petites lèvres bien prononcées, écartées par leur partie postérieure, mais se rejoignant en avant. Il n'existe pas de clitoris. Une dissection plus profonde fit voir que dans chaque corps caverneux né, comme à l'ordinaire des branches ascendantes de l'ischion, et muni de son muscle, se terminait à la partie antérieure de la petite lèvre de son côté. Cette conformation est analogue à celle qu'on observe chez les mâles affectés

d'exstrophie de la vessie, où chaque corps caverneux forme un petit mamelon rouge isolé. La vessie est doublée en arrière par un tissu fibreux, très résistant, qui se continue latéralement par les bords internes des muscles droits de l'abdomen, qui, en bas, se prolonge entre les deux os iliaques et empêche leur écartement.

Les uretères, dilatés, vont s'ouvrir sur les côtés de la tumeur; la matrice, ainsi que ses annexes, sont bien conformées, et celle-là s'ouvre dans un vagin très court, mais très large. La paroi antérieure de l'abdomen existe en entier, seulement il y a un écartement anormal entre les muscles droits.

OBSERVATION XXV.

Observation de M. DEMARQUAY, *Exstrophie vésicale chez une jeune fille* (Thèse JAMAIN, 1845, p. 45).

P... (Barbe), âgée de 23 ans, sans profession, est entrée dans le service le 28 juin pour le vice de conformation que nous allons décrire.

La paroi postérieure de la vessie fait une saillie grosse comme le poing dans la région hypogastrique. Cette tumeur est rouge; elle est surmontée par l'ombilic qui est descendu; elle s'étend même un peu entre les os pubis; il se sécrète à la surface de ce corps un mucus assez abondant; à la partie inférieure de la tumeur et sur les parties latérales, se trouvent deux petites ouvertures par lesquelles coulent les urines. Par intervalle elles coulent plus à droite qu'à gauche. Les os du pubis sont écartés de 10 centimètres au moins.

Les grandes lèvres sont également écartées, ainsi que les petites lèvres, au sommet desquelles se trouvent deux petits corps ronds sur leur face externe, aplatis sur leur face interne, qui paraissent être le clitoris. Au-dessous de la tumeur et entre les petites lèvres se trouve le vagin, qui présente un orifice très étroit, de 1 centimètre de diamètre. Il permet l'introduction directe de la pince à pansement jusqu'à 2 centimètres environ; mais là elle se trouve arrêtée par un éperon : si on l'incline à droite ou à gauche, elle suit une direction oblique et arrive à une profondeur normale. Chaque mois les règles coulent par cet orifice en petite quantité. A 4 centimètres au-dessous de l'entrée du vagin se trouve l'anus. Il est fortement reporté en avant. Du reste, cette fille se porte très bien.

OBSERVATION XXVI.

Extraite de la *Revue clinique hebdomadaire (Gazette des hôpitaux)*
1851, n° 37, p. 143.

Dans le cas que nous a fait voir M. Gosselin, le vice de conformation est beaucoup moins prononcé qu'il ne l'est habituellement. L'orifice vésical est situé immédiatement au-dessous de la symphyse pubienne, dont l'articulation est d'ailleurs beaucoup plus lâche que dans l'état normal, mais il n'offre cependant pas l'écartement extrême que l'on observe ordinairement dans l'exstrophie de la vessie. Cet orifice, de 1 cm. 5 environ d'étendue, ressemble beaucoup à un orifice urétral qui serait très dilaté. La muqueuse ne fait qu'une simple saillie dans une partie seulement de la circonférence.

La malade peut retenir ses urines pendant un certain temps, mais une fois que le besoin d'uriner se fait sentir, elle est obligée d'y obéir immédiatement, sous peine de voir ce fluide s'écouler involontairement. Le besoin d'uriner se fait sentir à peu près toutes les deux heures. Le clitoris, comme pour se conformer à l'écartement qu'ont éprouvé les branches du pubis, se trouve divisé en deux parties, situées toutes deux parallèlement au-dessous de l'orifice anormal et munies de deux prépuces assez bien conformés, de sorte qu'elles ressemblent moins à deux moitiés d'un clitoris qu'à deux clitoris distincts et même assez développés. Au-dessous de ces deux clitoris et entre eux, existe un orifice vaginal, dont la dimension est à peine supérieure à l'orifice vésical et qui est fermé par une membrane muqueuse résistante, perforée à son centre. La personne est d'ailleurs bien réglée et paraît avoir une propension assez marquée aux rapprochements sexuels.

OBSERVATION XXVII.

Professeur Bouisson, *Etude clinique sur un cas remarquable d'exstrophie de la vessie chez une jeune fille* (citée par VIGNEAU, qui l'a complétée (*Montpellier médical*, 1861, t. VII).

Le 28 mai 1861, est entrée à l'Hôpital Saint-Eloi de Montpellier, une jeune fille, âgée de 9 ans, nommée Madeleine G..., née à Eyrrar-

gues, dans le département des Bouches-du-Rhône. Cette enfant est assez forte, son teint est coloré; elle paraît jouir d'une bonne santé et ne présente aucune des apparences de ces maladies dyscrasiques qui d'ordinaire amènent les enfants dans nos salles de clinique. Ce n'est point pour une maladie, c'est pour un vice de conformation des organes génito-urinaires qu'elle a été admise à l'hôpital. Elle est atteinte d'une exstrophie de la vessie des mieux caractérisées.

La mère, interrogée sur les incidents qui auraient pu troubler la grossesse qui s'est terminée par la naissance de cette enfant, répond que rien de particulier ne s'est présenté, que seulement la gestation a été pénible dès le début, et qu'elle a éprouvé assez longtemps des vomissements incommodes; circonstance qui n'influe pas notablement, au moins lorsque cette complication est modérée, sur la santé et la bonne conformation du produit. La mère ajoute, toutefois, qu'à la suite d'une précédente grossesse, elle a donné le jour à un enfant qui n'avait qu'un œil au moment de la naissance, et qui succomba promptement. Bien que nous n'ayons pu recueillir d'autres détails, cette particularité ne manque pas d'intérêt: elle semble établir une disposition aux malformations congénitales sans rien expliquer toutefois, car la mère, âgée de 32 ans, ayant pour époux un homme jeune et bien portant, est elle-même heureusement conformée et d'une excellente constitution.

Notre jeune malade nous a été présentée comme atteinte d'une tumeur cancéreuse des parois abdominales. Il a suffi du plus simple examen pour reconnaître que cette erreur grossière, et qui ne s'explique que par l'ignorance des parents, a pris sa source dans l'apparence rouge et comme fongueuse que représente la saillie constituée par la muqueuse vésicale à découvert. En examinant avec attention l'état des parties affectées, ce qui exige que l'enfant soit couchée dans le décubitus dorsal, les jambes relevées et un peu écartées, on reconnaît à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen, une surface de 5 centimètres de diamètre, un peu plus large que longue, d'un contour arrondi assez régulier, d'une apparence fongueuse et mamelonnée, saignant au contact un peu rude du vêtement ou du doigt. Elle offre une vive sensibilité, quoique n'étant pas envahie par l'inflammation proprement dite, et proémine au dehors, surtout lors-

que l'enfant pousse des cris ou se livre à un effort quelconque. La surface vésicale, devenue alors saillante, simule une tumeur comparable au prolapsus d'une muqueuse. La demi-circonférence supérieure de cette surface saillante se confond avec les téguments de l'abdomen. La partie la plus élevée arrive jusqu'au point où devrait exister normalement l'ombilic; mais on ne distingue aucune trace extérieure de la dépression ombilicale et des éléments fibreux qui y aboutissent; l'ouraque, les artères et la veine ombilicale, cachées derrière la paroi abdominale, échappent à tout examen.

Vers la partie inférieure de la surface muqueuse substituée à la paroi abdominale, on remarque deux mamelons très apparents disposés symétriquement, ayant la forme de cônes tronqués et présentant à leur sommet une ouverture qui n'est autre que celle des uretères. La configuration de l'extrémité terminale de ces conduits montre qu'ils traversent perpendiculairement la paroi vésicale, disposition un peu différente de celle qui appartient à l'état normal, où l'on remarque une inflexion des uretères, qui traversent un peu obliquement les parois de l'organe. L'urine suinte par gouttes et d'une manière continue du sommet béant des cônes, et lorsqu'on exerce une pression dans la direction présumée des uretères ou lorsque l'enfant tousse, on fait entrer en contraction les parois abdominales, l'urine est expulsée sous forme de jet; ce qui pourrait faire supposer qu'à un certain point de leur hauteur les uretères sont dilatés et remplissent, au niveau de leur renflement, la fonction de petits réservoirs ou vessies supplémentaires. Ce fait, convenablement étudié, peut, comme nous le verrons plus tard, suggérer l'idée d'une dilatation provoquée, afin d'établir ainsi des réservoirs accessoires qui donneraient à l'écoulement de l'urine une certaine intermittence.

Dans l'intervalle des mamelons urétériques, commence une dépression très superficielle, vestige de la partie postérieure du col de la vessie, et qui aboutit à une ouverture située sur la ligne médiane, ayant les dimensions de l'orifice urétral d'une femme adulte et pouvant admettre facilement le bec d'une sonde ordinaire. Cette ouverture, que clôt partiellement un repli hyménal, est évidemment celle du vagin.

L'urètre manque, ou du moins il est remplacé par la dépression

médiane sus-vaginale, qui ne surmonte point le clitoris, comme dans l'épispadias simple, car les moitiés cavernueuses de cet organe sont rejetées à droite et à gauche, où on les retrouve sous forme d'un léger tubercule. La distance qui sépare ces deux portions non réunies du clitoris est de 2 cm. 5. Un repli muqueux distant des petites lèvres surmonte à droite et à gauche chaque moitié du clitoris, et se perd en divergeant sur les côtés de la surface vésicale à l'état d'exstrophie. Quant à l'ouverture médiane susindiquée, on peut l'explorer très facilement à l'aide d'une sonde qui parcourt un canal antéropostérieur rétro-vésical, dans lequel on peut reconnaître le vagin, et qui se termine supérieurement par un cul-de-sac. Le doigt, introduit alors dans l'anus, éprouve exactement la sensation que peut donner le bec de la sonde à travers la paroi rectale antérieure. En arrière de cette ouverture, on remarque un espace triangulaire cerné par deux replis indépendants et qui aboutit au périnée. Les petites lèvres sont en dehors de ces replis et n'ont pas leurs rapports ordinaires; elles sont très écartées vers la partie supérieure, où elles surmontent la moitié correspondante du clitoris; en arrière, elles se perdent sur les côtés du périnée. Un sillon assez profond les sépare des grandes lèvres, qui, très distantes et amincies en haut, se renflent en prenant un aspect fusiforme, et s'effacent aussi vers la région périnéale, où l'on n'observe pas l'angle postérieur de la fente vulvaire connu sous le nom de fourchette; le point renflé des grandes lèvres est exceptionnellement occupé par un tissu érectile. Sa couleur est violacée, et sa surface externe est recouverte de poils assez développés, malgré l'âge peu avancé du sujet. En résumé, les éléments de la vulve, au lieu d'être rapprochés de façon à se correspondre et à n'être séparés que par une fente, sont étalés, rejetés au dehors, et sont séparés par une surface.

Cet écartement s'explique par une disposition anormale plus profonde. L'imperfection du travail formateur que l'on remarque sur la paroi abdominale et sur la moitié antérieure de la vessie a porté aussi sur la portion pubienne des os du bassin. Ces pièces osseuses, au lieu d'être réunies par leur symphyse naturelle sur la ligne médiane, sont écartées et mobiles, du moins dans les limites permises par la résistance d'un ligament tendu transversalement entre les

pubis, et qui, très appréciable au toucher à travers les parties molles qui le recouvrent, rappelle à la fois les fibres ligamenteuses externes de la symphyse et le ligament arqué sous-pubien. L'écartement des parties osseuses est d'environ 3 centimètres. Une telle disposition implique nécessairement un changement dans la forme générale du bassin. Cette ceinture osseuse n'étant pas fermée en avant, ses deux moitiés latérales sont déjetées en dehors et font paraître l'ensemble du bassin plus large transversalement et plus aplati dans le sens antéro-postérieur qu'il ne l'est généralement à cet âge. L'intervalle qui sépare les épines iliaques est de 26 centimètres. Les articulations coxo-fémorales étant placées à une distance assez grande de l'axe du corps et agissant par conséquent de manière à supporter alternativement le poids des parties supérieures pendant la marche, à chaque extrémité transversale du bassin, il doit en résulter un défaut de solidité dans la station. Le balancement du corps qui en est la conséquence semble devoir être d'autant plus grand que la mobilité du pubis, loin d'en corriger les effets, facilite, au contraire, la claudication. Mais par une sorte de prévoyance naturelle, les pièces qui composent le bassin sont plus fortement unies du côté des articulations sacro-iliaques; en sorte que les os forment système et que le balancement latéral du corps pendant la marche est médiocrement prononcé.

J'ai cru devoir compléter l'observation de M. le Professeur Bouisson (ajoute Vigneau) en demandant des renseignements sur Madeleine G... à un de mes anciens condisciples, le Docteur L. Audibert, qui exerce à Eyrargues même. Voici ce qu'il m'écrivit à ce sujet, le 26 juillet 1866.

« La petite Madeleine G... est actuellement âgée de 14 ans; elle est en parfaite santé; je crois même qu'elle n'a jamais été malade. Son caractère est malheureusement gai et rieur, aussi a-t-elle beaucoup à souffrir de l'éloignement forcé qu'elle subit vis-à-vis de ses autres compagnes. Elle est menstruée depuis environ un an. La mère de la petite me disait que, lors de l'apparition des menstrues, son enfant avait eu beaucoup à souffrir de pertes métrorragiques très abondantes; depuis le mois de mai ou de juin 1865 jusqu'en septembre de la même année, elle n'a pas cessé un seul jour, au dire de sa mère, de perdre du sang par la voie ordinaire du vagin; sa santé

en était altérée, mais elle a résisté très bien aux épreuves de cette époque de sa vie. A partir du mois de septembre jusqu'à aujourd'hui, les menstrues se sont établies périodiquement et n'ont pas cessé de se montrer chaque mois avec la plus parfaite régularité.

» Madeleine vit chez ses parents, mais elle n'est occupée à aucun travail particulier; néanmoins elle fait quelques courses, quelque travail aux champs, et, lorsque ses parents l'emploient à une occupation peu fatigante, sa démarche est toujours la même : corps penché en avant, écartement des jambes, pas lourd et cadencé.

» Elle ne porte pas d'appareil et subit toujours les incommodités de son affection; elle est mouillée constamment, sent l'urine, et pour ce motif se trouve rejetée de toute société. Elle n'a jamais pu porter l'appareil qui lui avait été construit d'après les avis de M. Buisson.

» L'aspect de la tumeur s'est quelque peu modifié depuis qu'elle était soignée à l'Hôpital de Montpellier. En ce moment les grandes lèvres et les parties externes se sont recouvertes de poils; elles ont perdu leur aspect fusiforme, elles sont plus arrondies, moins longues et garnies de poils; elles ont gardé le même rapport avec les petites lèvres, qui sont ratatinées et ressemblent à deux petites crêtes molles.

» La tumeur a toujours le même aspect fongueux; on dirait positivement une tumeur cancéreuse. Elle n'est plus aussi régulièrement ronde en tous sens; elle est plus large que haute; elle a 7 à 8 centimètres de droite à gauche (sans avoir un côté plus large que l'autre) et 4 centimètres et demi à 5 centimètres de haut en bas. La surface est toujours très sensible. L'extrémité droite de la tumeur est revêtue d'une partie plus cutanée, si je puis m'exprimer ainsi, que les autres points de la surface, où l'on voit évidemment une muqueuse. Pas de trace d'ombilic; les parties abdominales environnant l'extrophie sont dures et rigides. Tout le reste, dont je ne parle pas, est dans le même état que lorsque le Docteur Buisson l'a décrit. »

OBSERVATION XXVIII.

MAYDL (Citée par DAGNEAUD).

B... (L.-H.), 22 ans. Parents bien portants. Personne dans la famille ne présente la même infirmité. La mère qui a accouché avant

le terme normal, mais qui a eu un accouchement facile, raconte que pendant sa grossesse elle a souvent ressenti une douleur dans le côté. A dix ans, on prit la malade à l'Hôpital des Enfants, où une opération fut jugée indispensable, mais le père s'y opposa.

Réglée à 16 ans, les règles se présentent tous les mois régulièrement, abondantes et sans douleur. Plus tard, elle tente de se suicider en se coupant la gorge. On la guérit.

Elle est opérée le 22 novembre 1894.

Etat actuel. — C'est une malade de petite stature, de forte ossature, bien musclée et bien nourrie. Elle répand une forte odeur d'urine fermentée, et ses linges et sa couche sont traversés.

On constate une anomalie congénitale dans le mésogastre inférieur, la symphyse pubienne présente un écartement d'environ 3 centimètres. La vulve est surmontée d'une forte feuille fibreuse. Les grandes lèvres ne se rejoignent pas, mais se perdent dans la paroi environnante en divergeant à la partie supérieure. La commissure postérieure existe. Dans la partie inférieure de l'abdomen, se trouve une tumeur de la grosseur de la moitié d'une orange, rouge foncé, paraissant recouverte de mucosités. Dans l'intervalle des grandes lèvres, le clitoris est divisé en deux. Entre les deux portions, on aperçoit une autre tumeur d'apparence brune, recouverte de mucus. Les petites lèvres, situées entre les grandes, se séparent de la commissure postérieure des grandes lèvres; entre elles, on peut introduire l'extrémité du petit doigt. On ne trouve aucune trace d'ombilic. A l'extrémité inférieure de la tumeur, on trouve, à 4 centimètres environ de la vulve, les orifices des uretères, par où s'écoule l'urine.

OBSERVATION XXIX.

Pozzi (Citée par DAGNEAUD).

H... (Julia) entre à l'Hôpital Broca le 11 janvier 1896. Elle est âgée de 11 ans, est assez grande pour son âge et jouit d'une bonne santé habituelle. Les parents, bien portants, ont eu 8 enfants, dont 2 sont morts à la naissance. Elle a une sœur de 14 ans; les autres sont moins âgés qu'elle. Aucun ne présente la moindre malformation.

Ce qui frappe tout d'abord lorsqu'on examine l'abdomen, c'est l'absence complète d'ombilic et la présence, au niveau de la région hypogastrique, d'une tumeur volumineuse de la grosseur d'une orange, augmentant un peu de volume sous l'influence de l'effort, et qu'il est facile de reconnaître pour une exstrophie de la vessie. La surface de la tumeur est cutanisée sur toute son étendue, sauf au niveau du trigone vésical; elle est légèrement violacée, avec de petites arborisations capillaires. Deux tractus d'aspect blanchâtre, comme cicatriciels, parcourent cette surface et y dessinent une figure qui ressemble à un T, de telle sorte que la tumeur est légèrement trilobée. Ils ont une largeur qui varie de quelques millimètres à un centimètre et gagnent en se dissociant les bords de la tumeur. Le diamètre transversal de la tumeur est de 6 cm. 5; dans l'effort, ce diamètre atteint 7 cm. 5. Dans le sens vertical, ses dimensions sont sensiblement les mêmes. La partie moyenne fait une saillie d'environ 4 centimètres sur l'abdomen.

La tumeur est limitée par un sillon circulaire qui la sépare du reste du ventre. Ce sillon n'est pas régulier; il est plus profond sur les parois latérales qu'à la partie supérieure. En bas, ce sillon est assez profond, rougeâtre, sanieux, irrité par l'écoulement; il est en rapport avec les rudiments des organes génitaux externes que nous décrirons plus loin.

La tumeur se gonfle et blanchit légèrement en se tendant sous l'influence de l'effort. Si on la comprime doucement avec la main, on arrive à la réduire complètement dans la cavité abdominale, mais cette réduction est un peu douloureuse. On sent nettement l'écartement des pubis, qui est de 5 centimètres.

A la partie inférieure de la tumeur vésicale sont deux petites éminences au sommet desquelles on voit l'embouchure des uretères. La saillie de l'uretère gauche a environ 8 millimètres de diamètre; l'uretère droit est plus près des bords supérieurs de la saillie; le bord inférieur recouvre le sillon qui limite inférieurement la vessie; on est obligé de la soulever pour voir ce sillon. A droite, la saillie est plus étendue dans le sens oblique; elle mesure 5 centimètres de large. En bas, elle déborde le sillon et le masque plus qu'à gauche. Le bord supérieur du sillon est formé par une muqueuse bourgeonnante

et rouge; les deux orifices urétéraux sont séparés par un espace de 2 centimètres, ils ont la forme d'une fente de 1 mm. 5 de long et sont dirigés obliquement en haut et en dehors. Ils laissent sourdre l'urine indépendamment l'un de l'autre d'une façon irrégulièrement intermittente. En observant l'issue de l'urine, on voit que celle-ci sort alternativement d'un côté et de l'autre toutes les quinze à vingt secondes. Au moment où elle sort, l'urine est projetée en un jet très faible de 5 millimètres environ; aussitôt après, on voit nettement l'orifice se rétracter dans la profondeur. Nous avons recueilli séparément l'urine émise en cinq minutes à droite et à gauche; la quantité était sensiblement égale pour les deux reins. L'urine était claire, limpide, ne contenant ni sucre ni albumine. Il y a hyperesthésie de toute la région, y compris les organes génitaux externes.

Le mont de Vénus et les grandes lèvres sont représentés par deux saillies latérales situées un peu au-dessous de la tumeur et en dehors d'elle. A la partie inférieure de ces saillies, se trouve une touffe de poils longs, clairsemés.

Les petites lèvres et le clitoris sont visibles sous forme de deux replis cutanés situés immédiatement au-dessous de la tumeur, un peu en dehors de la ligne médiane, à 2 centimètres l'un de l'autre. Ils ont environ 2 centimètres de long et se confondent en dehors et en haut avec la peau des parties latérales. Sur la partie moyenne de ces replis on voit des deux côtés une ébauche de capuchon entourant une petite saillie clitoridienne un peu plus violacée.

Au-dessus de la fourchette, assez bien dessinée, existe une petite fente transversale située exactement sur la ligne médiane et mesurant 5 millimètres. Elle admet une sonde de femme de moyen calibre; c'est ce qui semble représenter le vagin et l'utérus.

Au toucher rectal il n'y a pas trace d'utérus. Le doigt arrive immédiatement en arrière de la partie postérieure de la vessie herniée.

Anus normal, qui semble reporté en avant.

Cette malade fut opérée le 1^{er} juin 1896 par le procédé de Pozzi (1), puis présentée au Congrès français de chirurgie en 1896.

(1) On retrouvera le mode opératoire dans la thèse de Dagneaud, Bordeaux, 1906-1907.

Revue en novembre 1906, la malade arrive à garder ses urines jusqu'à cinq minutes dans la position debout, lorsqu'elle applique son attention à cela. Dans la position couchée, les mictions restent souvent un quart d'heure sans se produire, même un peu plus longtemps. La sensation de besoin d'uriner est très nettement perçue.

Une sonde introduite dans la vessie pénètre environ de 8 centimètres. On peut injecter dans la cavité vésicale de 15 à 20 centimètres cubes de liquide sans qu'il ressorte. Si l'on en injecte davantage, la distension devient douloureuse et le liquide s'écoule spontanément.

A la fin de novembre, la petite opérée quitte l'hôpital en excellent état au point de vue général. Elle a grandi et s'est fortifiée. Au point de vue local, l'état est très satisfaisant. Les mictions ne sont plus douloureuses et elles ont tendance à devenir moins fréquentes, surtout la nuit; on note parfois un intervalle de vingt minutes entre deux émissions d'urine.

M. le Professeur Marion fait une clinique à l'Hôpital Necker, rapportée dans la *Presse médicale* du 26 février 1910, p. 143, sur l'histoire d'une exstrophie vésicale chez une femme.

Il s'agit de Mlle J. M..., née en 1885.

Le volume de cette saillie (il parle de la vessie exstrophée), lorsque l'enfant avait 11 ans, était, d'après M. Pozzi, qui l'opéra, celui d'une grosse orange offrant 7 cm. 5 de diamètre... Le pubis n'a pas disparu; il est simplement écarté, et M. Pozzi nous dit que les pubis étaient distants de 5 centimètres...

C'est en 1896 que M. Pozzi essaya, par une opération, d'apporter un soulagement à la situation de cette malheureuse enfant...; nous trouvons dans les comptes rendus du Congrès français de chirurgie de 1896 les détails de l'opération pratiquée... Le développement de cette jeune fille est normal. A 16 ans, elle voyait apparaître ses règles, qui se sont continuées régulièrement depuis. La malade est vierge, et l'examen de ses organes génitaux profonds n'a pas été fait par raison de convenance. Il est probable qu'ils ne présentent aucune anomalie. En dehors de sa malformation, la jeune fille est bien constituée.

Remarque. — Il s'agit donc bien de la malade qui a fait l'objet de la précédente observation. Nous relevons une contradiction entre ces

2 observations. M. Pozzi dit qu'il n'y a pas trace d'utérus, alors que le Professeur Marion dit qu'il est probable que les organes génitaux profonds ne présentent aucune anomalie. En tous les cas, du fait qu'elle est parfaitement réglée, il nous est permis de conclure que ces organes sont pour le moins existants.

OBSERVATION XXX (Personnelle).

Recueillie dans le Service de M. le Professeur GUYOT.

Cette malade, qui a été la cause première de notre thèse, n'est pourtant pas un cas inédit d'exstrophie de la vessie chez la femme. Son observation a, en effet, été publiée une première fois par Dagneaud dans sa thèse « sur la valeur des différents traitements chirurgicaux de l'exstrophie de la vessie dans le sexe féminin ». Aussi avons-nous été un peu déçu au premier abord; mais nous nous sommes rendu compte que, bien que ne nous occupant pas du traitement, il n'est pas inutile de constater quels ont été les résultats éloignés de l'intervention (vingt et un ans après).

Notre malade, à laquelle il a été fait un lipiodol intra-utérin en janvier 1928, a été opérée en avril 1929 pour appendicite et annexeite; il a été possible de se rendre compte ainsi de l'état de ses organes génitaux.

: OBSERVATION

publiée par Dagneaud (thèse de Bordeaux, 1906-1907);

B... (Marie) est âgée de 8 ans. Son père et sa mère sont en bonne santé. Ils ont six autres enfants également bien portants et ne présentant aucune malformation congénitale.

Cette enfant est née à terme et dans de bonnes conditions; la mère n'a rien à signaler durant le temps de sa grossesse.

La fillette a été élevée au sein maternel jusqu'à l'âge de 14 mois. La dentition a été un peu retardée et facile. Elle a marché à l'âge d'environ 3 ans. Dans sa petite enfance, elle a eu la rougeole sans complications.

L'enfant entre dans le Service de M. le Professeur Princeteau le

31 mars 1906. Elle présente une taille un peu au-dessous de la moyenne. Elle a le teint bronzé comme les enfants de la campagne; l'œil est vif, les cheveux sont mi-longs et droits, les traits d'apparence masculine. La démarche ressemble à celle des enfants atteints de luxation congénitale de la hanche.

A l'examen, on constate à la partie inférieure de l'abdomen, sur la ligne médiane, une tumeur de la grosseur de la moitié d'une orange. Elle est d'un rouge vif, d'aspect bourgeonnant et très douloureuse au toucher. Le contact ne la fait pas saigner. Elle augmente de volume et s'extériorise davantage sous l'influence de la toux et des efforts, mais elle est facilement réductible.

Au tiers inférieur de cette tumeur, on remarque les deux petits orifices urétéraux symétriquement placés de chaque côté de la ligne médiane. A leur niveau, on voit s'écouler par intermittences plus ou moins alternées, tantôt en nappe, tantôt en petits jets, un liquide qui n'est autre que l'urine.

Au moment de l'émission, on constate que le pourtour de l'orifice blanchit et s'anémie légèrement. Le cathétérisme des uretères nous indique une direction toute particulière de ces conduits. Ils sont dans la portion initiale de leur trajet comme plongeant dans l'intérieur de la cavité pelvienne et sont dirigés de haut en bas et d'avant en arrière.

Le pourtour de l'exstrophie est représenté par une surface froncée et noirâtre, encroûtée de débris épithéliaux malodorants et revêt toute l'apparence du tissu cicatriciel. L'ombilic n'existe pas; les organes génitaux externes sont profondément modifiés, comme nous allons le voir.

Le col de la vessie et l'urètre sont largement ouverts en avant, toute leur paroi antérieure faisant défaut. De sorte que le clitoris est réduit à deux petits moignons situés de part et d'autre de l'orifice vulvaire. Il n'y a pas d'apparence de petites lèvres, qui semblent se confondre avec le bourrelet des grandes lèvres. Celles-ci, exubérantes, divergent à leur extrémité supérieure et la commissure n'existe pas.

Au-dessous de la gouttière épigastrique ainsi formée, on aperçoit un orifice circulaire, bordé par un anneau de muqueuse assez résistante, et dont les dimensions sont telles qu'elles permettent l'intro-

duction d'une tige d'un calibre égal au numéro 20 de la filière Charrière. C'est l'orifice du vagin obstrué par un hymen épaissi. L'exploration du conduit vaginal, au moyen d'un petit spéculum, nous permet d'apercevoir un col utérin qui empiète beaucoup sur la paroi antérieure du vagin. Le cul-de-sac postérieur est très marqué, mais le cul-de-sac antérieur fait complètement défaut. Cette exploration nous permet de constater que la région inter-urétérale de l'exstrophie correspond au sillon de séparation du col utérin et de la cavité vaginale.

L'anوس est relâché, plus élargi que normalement, et la tonicité du sphincter est très affaiblie. La muqueuse rectale est prolabée sous l'influence du moindre effort. Le toucher rectal permet l'introduction de deux doigts, ce qui rend très facile l'exploration du bassin.

La radiographie de ce bassin fut faite le 10 avril, confirmant les notions acquises par le toucher rectal. Nous constatons l'absence totale de symphyse, un écartement des pubis égale à 3 centimètres avec écartement normal des os iliaques.

Avant de procéder à son intervention, M. le Professeur Princeteau cherche, à l'aide de pansements appropriés, de lavages et d'irrigations fréquents, à calmer l'état d'inflammation de la muqueuse exstrophisée et de toute la peau de la région périgénitale. En effet, les grandes lèvres et la face interne des cuisses, qui sont incessamment baignées par l'urine décomposée, présentent de la rougeur et des excoriations multiples et douloureuses. Pour en finir, on installe au-dessus du lit de la petite malade un appareil à irrigation continue, qui déverse goutte à goutte au niveau de la région interurétérale, de l'eau boriquée tiède et stérilisée. Au bout d'un mois environ de ce traitement préalable, les phénomènes inflammatoires étaient calmés au point que l'enfant se laisse maintenant très facilement examiner.

Il a été décidé par l'opérateur de s'adresser à la méthode autoplastique, mais en modifiant les procédés connus, qui permettent assez mal de recueillir les urines. M. le Professeur Princeteau s'est proposé d'établir une fistule vésico-vaginale qu'on essaierait de rendre permanente; une deuxième opération permettrait de fermer complètement le réservoir vésical.

Le 4 mai, première intervention; le 8 août est pratiquée la seconde

(on trouvera l'exposé des différents temps opératoires dans la thèse de Dagneaud).

Lorsque l'enfant quitte l'hôpital, le 4 mars 1907, elle est grandement améliorée. La fistule vésico-vaginale n'est pas restée perméable. L'exstrophie n'existe plus et l'urine s'écoule par un point tout à fait inférieur du réservoir vésical; on fait porter à la malade un petit urinal fixé à la paroi abdominale pour recueillir les urines.

Au cours de l'intervention, on a remarqué : 1° que le col utérin est très voisin de l'orifice hyménéal du vagin; 2° les moignons clitoridiens et la partie supérieure des grandes lèvres ont été avivés et suturés.

La malade, âgée de 29 ans, entre le 21 décembre 1927 dans le Service de clinique gynécologique pour douleur dans le bas-ventre.

A l'âge de 9 ans, nous dit-elle, M. le Docteur Princeteau l'a opérée; elle est restée onze mois à l'hôpital et a subi 4 interventions. A sa sortie, elle n'avait plus de douleurs au niveau de sa vessie exstrophée et elle peut supporter un urinal, qui évite à la peau avoisinante l'irritation causée par l'urine ainsi que l'imprégnation de ses habits.

Elle est réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans. Depuis cette époque, ses règles ont toujours été régulières, de quantité moyenne, parfois douloureuses.

A l'âge de 18 ans, une angine aiguë banale la tient alitée huit jours. A 22 ans, la malade reste pendant deux mois avec le bras droit œdématié et très douloureux au moindre mouvement actif ou passif. Il est impossible de faire préciser les symptômes et l'étiologie (pas de plaie ni de piqure). La malade, qui se fit soigner par une « guérisseuse », ignore ce que l'on mettait dans ses pansements. Les symptômes disparus, elle put se servir de son bras comme auparavant. Il est actuellement absolument normal.

En avril 1927, Marie B..., dans une chute de bicyclette, se fait des plaies multiples sur le côté gauche de la face. Elle se fait opérer à Bergerac, mais ne peut préciser de quelle opération il s'agit; tout ce qu'on peut savoir, c'est qu'elle a eu lieu autour de l'œil gauche, comme le prouve une cicatrice.

Au mois de septembre, elle commence à souffrir dans le bas-ven-

tre, plus à droite qu'à gauche; ses douleurs sont augmentées par la marche ou le travail.

Examen le 21 décembre 1927. Au niveau de la région pubienne on aperçoit la paroi postérieure de la vessie, rappelant la forme d'une demi-lune ayant 4 centimètres de large sur 4 à 5 centimètres de haut. Sur cette muqueuse, rouge, enflammée, douloureuse, on voit les orifices des uretères, par où s'écoule régulièrement de l'urine. La muqueuse est limitée sur son pourtour par une couronne de tissu d'aspect cicatriciel, lequel remonte en haut jusqu'à l'endroit où devrait se trouver l'ombilic, qui est absent.

Dans leur ensemble, les organes génitaux sont rejetés en avant ainsi que l'anus. Les grandes lèvres se séparent antérieurement pour longer de part et d'autre la partie inférieure de la vessie. Le clitoris, petit et unique, se trouve sur la ligne médiane. Les petites lèvres sont mal formées et peu marquées.

Le vagin est court et très étroit. Le col de l'utérus est petit et dévié à gauche, tandis que le corps utérin, petit également, est dévié à droite. Les annexes droites sont volumineuses; il existe un empatement péri-annexiel douloureux. Les annexes gauches, kystiques, sont du volume d'une noix.

Les reins ne sont pas palpables et ne sont pas douloureux. Le cathétérisme des uretères, facile à faire, permet de recueillir les urines des deux reins, qui débitent, en quantité égale et normale, une urine normale aussi en ses éléments. On y décèle des traces d'albumine.

La symphyse pubienne n'existe pas; les pubis sont écartés d'environ 8 centimètres.

On ne trouve aucune autre inflammation. La malade est mise au repos.

Au début de février 1928, la température monte progressivement pendant trois jours; elle atteint 38°4. La malade ressent un point douloureux dans la fosse iliaque droite vers la région appendiculaire. Elle n'a ni nausées ni vomissements; elle n'est pas constipée.

On constate l'existence d'une douleur nette au point de Mac Burney avec défense musculaire. La pression du point ovarien droit n'est pas douloureuse. Il s'agit vraisemblablement d'une crise d'appendicite.

Traitée par la diète, le repos au lit et la glace sur le ventre, la malade se remet et la température revient à la normale le 13 février.

Le 16, la température remonte progressivement, et le 22 elle atteint 40 degrés. Douleur localisée au point de Mac Burney. Ni nausées ni vomissements; la malade va à la selle régulièrement. On continue la glace et la diète.

Le 23 février, le toucher rectal montre une grosse masse annexielle droite très douloureuse. A gauche, masse annexielle moins volumineuse mais également douloureuse. On conclut à une annexite plutôt qu'à une appendicite.

Le 28 février, la température a baissé progressivement; point annexiel très douloureux.

Le 4 mars, la masse annexielle droite a diminué de moitié et est devenue moins douloureuse; le 5 mars, la malade sort du service en bon état général et local.

Pendant son séjour, il avait été pratiqué une radiographie avec lipiodol intra-utérin, laquelle avait décelé un utérus petit mais normal et des trompes perméables.

Jusqu'en juillet, l'état se maintient assez bon. Elle souffre toujours du ventre, mais se livre néanmoins à ses occupations habituelles. Au début du mois, elle est prise de douleurs abdominales, surtout marquées à droite, avec fièvre et nausées. Hospitalisée dix-sept jours à Bergerac, elle est soignée médicalement pour crise d'appendicite.

En octobre, nouvelle crise très violente, température à 40 degrés, vomissements. La crise dure quinze jours et est calmée par le repos et la glace.

En janvier, une troisième crise plus aiguë que la dernière décide la malade à revenir à l'hôpital.

Le 4 février, la malade se plaint de céphalée et de douleurs dans la région lombaire droite; température 38°6. Le 5, température 39°6. Le 6, on place des ventouses au niveau du rein droit. Le 9, la température revient à 37°2 et la malade se sent mieux.

M. le professeur Guyot conclut à ovaires polykystiques et à rein infecté. On fait une hémoculture.

Le 5 avril, les annexes droites sont très douloureuses. Opération pratiquée par M. le Professeur Guyot. Appendicectomie et ponction au bistouri d'un ovaire seléro-kystique gauche. Durée de l'intervention, trente-cinq minutes; anesthésie au Schleich.

On place deux sondes dans les uretères pour dériver les urines. La surface vésicale a été soigneusement désinfectée au gomménol et un tampon de coton stérilisé y a été appliqué.

Le 9 avril, laparotomie médiane dans la région ombilicale; pas d'ombilic. Paroi très réduite comme épaisseur.

1° Appendicectomie par le procédé habituel. Trois ligatures sur le méso, écrasement de la base, section au thermo. Enfouissement au fil de lin.

2° Inspection de l'utérus, qui n'est pas malformé, petit, mais sans bifidité. Les deux ovaires sont nettement kystiques. Les trompes sont normales. Utérus en bonne position. On ponctionne au bistouri trois petits kystes de couleur citrine. On referme en laissant un drain numéro 8. Surjet péritonéal: quatre fils métalliques extrapéritonéaux, suture cutanée au crin.

Bonne anesthésie sans incidents.

Le 16, ablation du drain. Le 17, abolition du fil de bronze. Suites opératoires normales sans incidents.

OBSERVATION XXXI.

HUSCHAM, *Philosophical transactions*, reproduite par OLIVER
et par BONNET, citée par DUNCAN.

Exstrophie vésicale. Accouchement.

La malade avait environ 23 ans lorsqu'elle se maria; elle devint bientôt enceinte. Comme elle connaissait sa conformation anormale et qu'elle craignait un accouchement difficile, elle m'appela au septième mois de grossesse afin de s'assurer mon assistance.

A l'inspection du corps, j'observai les particularités suivantes : Il n'y avait pas de traces d'ombilic, mais, à 3 pouces au-dessous de la place qu'il occupe ordinairement, on remarquait une tumeur spongieuse, charnue, de la forme et du volume d'un œuf de poule. Elle

était très sensible et la malade ne pouvait pas supporter le moindre attouchement. A sa partie inférieure, on remarquait deux petites ouvertures éloignées l'une de l'autre de 1 pouce; de l'urine s'en écoulait sans cesse goutte à goutte. La malade ne pouvait l'empêcher, mais par une pression abdominale énergique elle pouvait déterminer un jet d'un pied d'étendue.

A peu près à $1/4$ de pouce au-dessous de cette tumeur, se trouvait une fente transversale analogue à un cul de poule. Les menstrues s'étaient écoulées à travers cette ouverture et c'est par là qu'elle avait été fécondée. Ce n'est qu'avec une grande difficulté que je parvins à introduire mon doigt dans cette ouverture, sans pouvoir arriver jusqu'au col utérin; mais je sentis distinctement une membrane épaisse qui séparait ce conduit d'une autre ouverture qui était à 2 centimètres au-dessus d'elle, exactement, à ce qu'il me semble, à la place où se trouve la symphyse pubienne chez la femme bien conformée. Elle était si étroite que je ne pouvais y introduire que le bout de mon doigt. Le rectum s'ouvrait à sa place normale, était muni d'un sphincter anal à 2 pouces au-dessous de l'ouverture inférieure, un peu plus en avant qu'à l'état normal. L'orifice supérieur, qu'on peut appeler, à improprement parler, l'orifice du vagin, était à environ $1/4$ de pouce au-dessous de l'excroissance ombilicale; l'orifice inférieur, oblong, ou autre passage pour l'utérus, était à environ 2 pouces plus bas que le vagin.

Cette femme n'avait pas d'os pubis. Une apophyse se détachait en saillie de la partie inférieure de chaque os iliaque, mais elle n'était pas, comme à l'ordinaire, réunie par une synchondrose.

Le 18 juillet 1722, je fus appelé à une heure avancée de la nuit. Je trouvai la femme épuisée par de violentes douleurs; toutefois l'orifice du vagin n'était pas sensiblement élargi, quoique l'anüs eût été largement ouvert par la pression causée par les contractions.

Tous nos efforts pour donner une position convenable à l'enfant et pour améliorer la situation de la femme furent, ainsi que les efforts de cette dernière, sans effet.

L'apparition de convulsions fit craindre les choses les plus fâcheuses; il était évident que, si un passage, même pratiqué par une incision, n'était donné à l'enfant, celui-ci et la mère succomberaient.

Après avoir exposé la situation à la mère et aux assistants et obtenu l'assentiment de la première pour cette opération, j'introduisis le bistouri dans l'ouverture longitudinale inférieure et je réunis par une incision celle-ci à l'ouverture supérieure. J'incisai ensuite avec des ciseaux la membrane de séparation. Je pus alors introduire la main sans difficulté, je sentis la tête et, avec un doigt dans la bouche, j'attirai, à ma grande surprise, un enfant bien conformé, vivant, et du sexe féminin.

Après l'accouchement, la femme resta affectée d'une descente de matrice. Cet organe passait par l'orifice inférieur dans la station et la marche. Ma proposition de tenter la guérison de cette infirmité, moyennant une opération, fut résolument repoussée par la malade, quoiqu'elle souffrit des ulcérations que le contact de l'urine avait produit sur ces parties. Il y avait encore une autre infirmité : il existait une communication anormale entre le rectum et le vagin, qui laissait passer par celui-ci les excréments liquides.

OBSERVATION XXXII.

Ch. THIÉBAULT, docteur en médecine, membre du Jury médical du département des Vosges, *Sur une inversion de vessie chez une jeune fille devenue mère et qui accoucha par la déchirure du périnée, sans lésions de l'orifice du vagin ni de l'anūs* (*Journal général de médecine*, 1809), citée par HERGOTT.

L... (B.), fille de L... (Jas.), manœuvre de la commune de Ch... (département des Vosges), vint chez moi le 2 floréal an II (21 avril 1794) pour se faire visiter dans l'espérance d'obtenir, avec un certificat de ses infirmités, les secours procurés aux infirmes indigents par un décret de la Convention nationale. Cette fille, âgée de 22 ans, me fit voir une espèce de tumeur molle, compressible et irrégulièrement arrondie, de 80 millimètres, située à la partie inférieure du bas-ventre, dans un écartement de cette étendue, formé par les os pubis.

Cette tumeur, insensible à sa partie supérieure, ressemblait, jusque vers son milieu, à une portion de vessie soufflée et à demi-dessé-

chée. Sa portion moyenne et inférieure était au contraire d'un rouge vif, douloureuse au toucher et recouverte d'un mucus glaireux et sanguinolent; on remarquait un petit trou irrégulier vers la partie moyenne de cette portion inférieure et un deuxième à peu près semblable à 18 millimètres du premier. Tous deux livraient passage à l'urine, qui en sortait en tout temps, quelquefois goutte à goutte et d'autres fois par un jet assez sensible pendant huit à dix secondes, surtout par l'ouverture du côté gauche quand cette fille avait fait un exercice un peu soutenu, quand elle avait bu du vin, ou même quand on comprimait latéralement les parois de la tumeur ou celles du bas-ventre, ce qui n'avait pas lieu par la pression, même assez forte, de leur partie supérieure. Un stylet introduit à plusieurs reprises et en différents sens dans ces deux méats urinaires ne put pénétrer au delà de 55 millimètres, environ 2 pouces.

2 à 3 lignes au-dessous de la tumeur vésicale, on remarquait l'entrée du vagin sous la forme d'une fente transversale de 6 lignes d'étendue sur 1 de large, ce qui ressemblait assez bien à une bouche de carpe entr'ouverte.

Le doigt, introduit par cette ouverture, me fit distinguer un vide spacieux au fond duquel (environ à 1 pouce de l'entrée) je reconnus très distinctement l'origine et le col de la matrice, et je m'assurai de nouveau, par cette voie, de l'écartement des os pubis.

Sur les parties latérales et inférieures de la tumeur vésicale naissaient les nymphes, qui se rapprochaient un peu l'une de l'autre en descendant et venaient se terminer chacune à 4 lignes à droite et à gauche de l'entrée du vagin en laissant cette ouverture absolument isolée. Le clitoris, situé à la partie supérieure de la nymphe droite, était comme confondu avec elle, mais le plus léger examen ne pouvait laisser aucun doute sur sa présence en cet endroit. Les grandes lèvres étaient bien dessinées, très apparentes et garnies de poils, surtout à leur partie supérieure. Elles naissaient, fort écartées l'une de l'autre, près des parties latérales de la tumeur vésicale, qu'elles touchaient par leur face interne; après quoi elles descendaient en se rapprochant insensiblement et allaient se terminer près de l'anus, laissant entre elles un espace en manière de gouttière sans se réunir pour former le repli connu sous le nom de fourchette, qui n'existait point. Les

parois du ventre ne laissaient voir non plus aucune trace de nombril à leur surface. Je remarquai seulement à la partie supérieure de la tumeur vésicale, dans un léger enfoncement demi-circulaire que les téguments faisaient en cet endroit, je remarquai, dis-je, là, quelques petites rides, mais si peu marquées qu'elles disparaissaient entièrement en tirant légèrement les téguments en sens contraire (1). Tel était l'état de L... (B.) quand je la vis, le 21 avril 1794, et que je la visitai dans une autre circonstance, le 19 juillet 1796, où un nouvel examen très attentif ne fit que confirmer ce que j'avais observé la première fois.

Cette fille, d'une figure intéressante, avait de la gaité, de la fraîcheur, de l'embonpoint, et beaucoup de gorge. Elle me dit qu'elle avait toujours joui d'une bonne santé, surtout après l'apparition de ses règles, qu'elle avait eues pour la première fois à l'âge de 14 ans, et qui auraient continué depuis avec beaucoup de régularité tous les mois. Elle avait beaucoup de goût pour la société des jeunes gens et surtout pour la danse; elle m'avoua très ingénument que son plus grand chagrin était de ne pouvoir espérer d'être mariée.

Les craintes de L... (B.) paraissaient à cet égard assez bien fondées, car l'infirmité dégoûtante dont elle était affectée n'avait sûrement rien de bien attrayant pour faire désirer ses faveurs, et il semblerait qu'elle-même ne devait pas être très disposée à les accorder. Il en fut cependant tout autrement, car elle devint enceinte et accoucha à terme d'un garçon le 15 thermidor de l'an IX (3 août 1801).

Comme je l'appris seulement dans le courant de brumaire an X par différentes personnes à qui je témoignai mon étonnement et même quelques doutes sur ce qu'elles me disaient, elles ajoutèrent que non seulement cette fille était accouchée très heureusement, mais qu'elle avait été bientôt rétablie et qu'elle se portait fort bien, ainsi que son enfant qu'elle allaitait encore. Toutes ces circonstances

(1) Quoique ces rides fussent peu apparentes, je pense qu'on doit les regarder comme marquant le lieu où s'était implanté le cordon ombilical, malgré que L... (B.) et une de ses sœurs m'eussent assuré avoir entendu leur mère dire plusieurs fois que la première était venue au monde sans suite et sans que l'on eût rien coupé après elle. Ce sont les expressions dont elles se sont servies pour désigner l'arrière-faix et la notion du cordon ombilical.

étaient bien faites pour piquer ma curiosité. Aussi je me transportai exprès chez L... (B.) le 8 frimaire suivant (29 novembre 1802) pour m'assurer du fait par moi-même. Je trouvai cette jeune fille donnant à têter à son enfant, au moment de mon arrivée, dans une méchante baraque où elle s'était réfugiée pour éviter les mauvais traitements que sa mère lui avait fait éprouver depuis ses couches.

Lui ayant annoncé le sujet de ma visite et fait des questions sur sa grossesse et ses suites, elle me dit que, devenue enceinte dans le courant de brumaire an IX, après deux ans de fréquentation habituelle avec un jeune homme des environs, elle avait eu une grossesse si heureuse qu'elle avait pu la cacher à tous les yeux, même à sa mère, chez qui elle logeait encore; qu'enfin le terme de l'accouchement arrivé et les eaux déjà écoulées, le 15 thermidor suivant, elle se vit forcée de déclarer son état à sa mère avec qui elle se trouvait seule; que celle-ci, fort surprise, comme on peut le croire, la fit cependant mettre au lit et sortit aussitôt pour aller chercher une matrone et m'envoyer un exprès, qui fut bientôt contremandé, car les maux s'étaient succédé avec tant de célérité et de force que la mère trouva l'enfant né et toute l'opération terminée à son retour.

Elle ajouta que dans le moment de ses plus fortes douleurs elle sentit la tête de l'enfant se porter vers le fondement, malgré qu'elle cherchât à la diriger du côté de l'ouverture du vagin en dilatant celle-ci avec ses doigts, mais qu'elle ne put y parvenir et que, dans un effort qu'il lui fut impossible de modérer, il se fit un déchirement de la peau, par où l'enfant sortit presque en même temps; que, malgré cela, elle eut assez de force pour faire seule l'extraction de l'arrière-faix, se lever pour aller chercher du fil, faire la ligature du cordon ombilical et se remettre au lit avec son enfant avant l'arrivée de sa mère et de la sage-femme.

Cette fille, douée d'un courage bien rare, m'assura en outre que son dernier accident n'avait jusqu'alors été connu que d'elle seule, et que ce qui lui donnait le plus de chagrin et la faisait le plus souffrir, c'était une descente de matrice qui avait eu lieu bientôt après la délivrance, ce qui ne l'avait pas empêchée de se lever dès le lendemain pour reprendre ses occupations ordinaires du ménage et aller elle-même arracher du lin à la campagne le quatrième jour après l'accouchement.

Tous ces détails me furent confirmés depuis par plusieurs personnes dignes de foi, et même par les parents de L... (B.), excepté la déchirure du périnée et la chute de la matrice, qui n'étaient point connues dans le village, et dont je désirai m'assurer par moi-même. Cette fille s'y refusa pour le moment, parce qu'elle avait ses règles, mais elle vint chez moi dès le surlendemain, comme elle me l'avait promis, pour que je pusse l'examiner plus à loisir et lui procurer des secours, si cela était possible.

Le premier objet qui me frappa en la visitant fut la matrice, enveloppée par le vagin comme dans une gaine, passant à travers et débordant d'environ 8 centimètres une ouverture arrondie de 33 millimètres de diamètre, située entre les grandes lèvres, environ 5 millimètres en avant de l'anus. Ces parties, froissées par le mouvement des cuisses et continuellement abreuvées d'urine, étaient gonflées et excoriées en plusieurs endroits, surtout le col et l'orifice de la matrice, ce qui, joint au défaut de conformation préexistant, formait un tableau vraiment hideux et digne de compassion.

N'ayant point d'abord aperçu l'entrée du vagin, parce qu'elle était comme effacée et refoulée sur la partie inférieure de la tumeur vésicale, je crus dans le premier moment que c'était elle qui livrait passage à la matrice et que la malade s'était trompée ou qu'elle avait voulu m'en imposer sur le déchirement dont elle m'avait parlé.

Mais après avoir réduit l'utérus et le vagin autant que possible dans leurs anciennes positions respectives, je vis parfaitement que la grande ouverture qui leur donnait issue n'était autre, en effet, que le produit de la dilacération faite au moment de l'accouchement pour la sortie du fœtus, et que l'ancien orifice vaginal n'y avait aucune part, car je le trouvai intact et même séparé inférieurement par une portion membraneuse de 8 millimètres (3 à 4 lignes) de la nouvelle ouverture. Celle-ci était parfaitement cicatrisée dans son contour, où l'on remarquait plusieurs callosités assez considérables. Ayant introduit un de mes doigts dans cette ouverture, j'en fis facilement sortir l'extrémité, en le fléchissant un peu, par l'orifice primitif, que je trouvai souple et augmenté d'un bon tiers depuis mes deux premières visites. La raison en est facile à deviner.

La tumeur de la vessie, l'évacuation des urines, etc., étaient abso-

lument dans le même état où je les avais vues en 1794 et 1796 et L... (B.) m'assura qu'aucun changement n'avait eu lieu non plus à leur égard pendant sa grossesse, si ce n'est que les urines sortaient alors moins que de coutume quand elle était levée et qu'elles jaillissaient au contraire abondamment lorsqu'elle se couchait. Elle me dit aussi que cela arrivait encore de même actuellement toutes les fois qu'étant au lit elle refoulait la matrice dans l'intérieur.

Après avoir fait, comme je l'ai dit, la réduction de la matrice et du vagin, il restait à les maintenir dans leur position, et j'espérai y parvenir au moyen d'un pessaire approprié. J'en appliquai successivement plusieurs de différentes formes et grosseurs. Mais les uns, trop petits, tombaient suivis de la matrice, aussitôt que la malade avait fait quelques pas. Les autres, plus gros, occasionnaient de la douleur et faisaient jaillir l'urine avec force, ce qui m'obligea à renoncer à ce palliatif, auquel cette fille ne s'était d'ailleurs prêtée qu'avec une certaine répugnance, étant, disait-elle, déjà habituée à toutes ces infirmités qui, au surplus, ne l'empêchaient pas de voyager, puisqu'elle était venue du lieu de son domicile à Bruyères à pied, distance de plus d'un myriamètre, et qu'elle retournait chez elle le même jour.

Je n'ai plus eu l'occasion de voir L... (B.) depuis cette visite, mais j'appris dans le courant d'octobre dernier (1808) qu'elle était mariée depuis environ quatre ans à un homme d'une quarantaine d'années, qu'elle se portait bien ainsi que son fils, âgé aujourd'hui de 7 ans, et qu'elle n'avait pas eu d'enfant de son mariage.

OBSERVATION XXXIII.

AYRE, *Congenital extrophy of the urinary bladder and its complications succesfully treated by a new plastic operation*, New-York; 1859 (in LITZMANN, *Mémoire sur la bifidité du bassin*).

Exstrophie vésicale. Accouchement. Opération chirurgicale consécutive.

La malade, une fille bien portante, bien réglée, âgée de 28 ans, était accouchée sans difficulté notable d'un enfant à terme, bien

conformé, venu par les fesses quatre mois avant qu'Ayres ne la vît. Le travail n'avait duré que deux heures; l'enfant était venu mort et le périnée était resté intact. Après l'accouchement, il était survenu une descente de matrice. La distance des pubis avait été estimée à 3 pouces, et, quand la malade était couchée, la vessie formait une tumeur elliptique ayant environ 2 pouces de long et 1 1/4 pouce de large. Elle était molle, élastique, de couleur rouge clair, couverte d'un mucus poisseux; elle saignait facilement à un contact rude et était très sensible.

Les grandes lèvres constituaient un repli cutané épais qui se perdait en dehors vers les cuisses. Les petites lèvres étaient séparées et placées de chaque côté de la vulve. Il n'y avait pas de clitoris ni de canal de l'urètre. Toute la surface était revêtue par une muqueuse qui se continuait avec celle du vagin.

Ayres réussit à reconstituer une paroi antérieure de la vessie avec les téguments du ventre, à refaire un canal et à donner un appui pour arrêter la descente de matrice.

(in LITZMAN, *Mémoire sur la bifidité du bassin.*)

OBSERVATION XXXIV.

(LITZMAN, *Das gespaltene Becken* (*Arkiw für Gynæcologie*, Band VI, Heft 2, p. 266).

Accouchement d'une fille âgée de 27 ans atteinte d'exstrophie vésicale.

Cette fille était âgée de 24 ans lorsqu'elle se présenta à l'Hôpital d'Altona pour demander à être délivrée de ses souffrances.

Elle était de taille moyenne, bien bâtie, et avait une démarche assurée. A l'hypogastre, on remarquait une tumeur rouge de la grosseur d'une moitié d'oeuf de canard, qui était constituée par la paroi postérieure et inférieure de la vessie. Un sillon longitudinal la divisait en deux segments inégaux. L'uretère droit s'ouvrait sur le sillon, et le gauche à la moitié inférieure de la partie correspondante de la grande tumeur. La muqueuse vésicale était d'un rouge som-

bre; elle n'était pas très sensible au toucher. A la partie supérieure, la tumeur était limitée par du tissu cicatriciel.

A 4 centimètres au-dessous de la tumeur vésicale, à la place du mont de Vénus, s'ouvrait le vagin sous forme d'une fente transversale figurant assez bien une demi-lune. Sur les côtés, cette vulve était limitée par des nymphes rudimentaires et une moitié du clitoris; plus en dehors, par deux plis grêles allongés, recouverts le poils, représentant les grandes lèvres. La symphyse pubienne manquait. Les deux pubis, écartés, constituaient une lacune de la largeur de plusieurs pouces. On ne pouvait reconnaître la présence d'un ligament solide et résistant qui aurait uni ces deux os. L'ouverture vaginale était très élevée, l'anus à sa place normale, le périnée était très large et très résistant. Le canal vaginal, dont la largeur était normale, mais la longueur très petite, se dirigeait presque directement d'avant en arrière, si bien que le doigt explorateur allait non de bas en haut, mais de haut en bas et d'avant en arrière.

Environ six mois après, elle devint enceinte, et, dans la nuit du 9 au 10 juin 1869, elle fut admise à la division obstétricale de l'Hôpital d'Altona. Elle était en travail. La grossesse pouvait être arrivée au septième mois. Les douleurs étaient faibles. On ne put pas constater d'une manière certaine les battements du cœur fœtal. Le col, sous forme d'un bouchon de l'épaisseur d'un pouce, faisait une saillie de 4 à 5 centimètres à travers l'ouverture vaginale. Dans les vingt-quatre heures suivantes, le col utérin s'effaça complètement sous l'influence de contractions très douloureuses et fut attiré dans le vagin. Le 11 juin, à 4 heures du matin, eut lieu l'écoulement spontané des eaux. La dilatation de l'orifice se fit très lentement, et le soir elle avait à peine atteint un diamètre de 25 millimètres. L'utérus était devenu sensible au toucher et la parturiente se plaignait constamment de vives douleurs dans le ventre, au point qu'on fût obligé de lui donner une potion opiacée.

Le 12 juin au matin, la dilatation était de 4 centimètres de diamètre. Le bord de l'orifice était mince, un liquide purulent s'écoulait du vagin, dont la température s'était élevée à 39 degrés. La parturiente était agitée et gémissait; enfin, le 13 juin, à 9 heures du matin, la dilatation de l'orifice était telle que le Docteur Kirshoffer crut

pouvoir tenter l'application de forceps. Malgré l'étroitesse de l'orifice vaginal, il réussit à saisir la tête, qui était mobile au-dessus du détroit supérieur, et à l'attirer en bas et en avant par des tractions lentes, après que l'orifice vulvaire eût été rendu plus large par des incisions latérales. L'enfant, du sexe féminin, en état de décomposition, mesurait 38 centimètres et pesait 4.500 grammes.

La mère succomba à une endométrite septique huit jours après.

À l'autopsie, on ne trouva pas de ligament interpubien. Le vide formé par l'absence de la symphyse était comblé par un appareil musculoux et élastique.

OBSERVATION XXXV (Inédite en France).

Accouchement avec bassin fendu et exstrophie de la vessie.

M. GINSBURG, médecin étudiant à l'Institut de maternité des Enfants trouvés de Moscou, (Traduit par nous de l'allemand).

Cette anomalie du bassin et de la vessie ne se rencontre pas souvent chez les hommes, et encore moins souvent chez les femmes. Selon Wood, sur 20 cas, seulement 2 cas de femme (Litzmann, *Arch. de gyn.*, t. IV, chap. II, p. 269). Comme les femmes atteintes de cette déformation demeurent le plus souvent célibataires, on comprendra facilement pourquoi les accouchements en présence de cette anomalie du bassin sont observés encore plus rarement que l'anomalie même. Dans la littérature nous ne trouvons que 3 de ces observations, dont la première a été décrite par le Docteur Bonnet en Angleterre en 1724; la deuxième par le Docteur Ayres, de New-York, en 1859, et la troisième par le professeur Litzmann en 1872. Un cas de bassin fendu chez une fille adulte décrit par W. Freund date aussi de la même époque (*Arch. de gyn.*, III, p. 381). En raison de l'intérêt indéniable qu'offre cette anomalie pour l'accoucheur, nous publions ci-après un cas d'accouchement avec bassin fendu et exstrophie de la vessie que nous avons observé.

La personne chez laquelle le Docteur Predtetchensky et moi avons trouvé cette anomalie appartenait à une famille aisée de commerçants de Woronesch. Probablement à cause de sa déformation, elle fut

confiée par ses parents, étant encore petite fille, à un couvent, en vue de son éducation. On la destinait sans doute au célibat; mais devenue majeure et pourvue d'une petite fortune indépendante après le décès de ses parents, elle quitta le couvent et se maria.

Devenue bientôt enceinte, l'accouchement commença au terme normal de la grossesse. Comme en plus de l'anomalie dont il est question il y avait comme obstacle à la naissance un hymen excessivement gros avec une ouverture n'atteignant que 1 cm. 5 de diamètre, on appela le Docteur Predtetschensky. Il fit une incision longitudinale de 7 centimètres de l'ouverture hyméniale vers le bas, après quoi l'accouchement se fit bien et rapidement en présentation du sommet. Il ne se produisit qu'un court ralentissement dans l'effet des contractions pendant la descente de la tête, sans doute en raison de l'anomalie, qui provoquait une activité insuffisante des Mm obliques et recti abdominis. Le Docteur Predtetschensky y remédia par une pression appropriée sur la tête de l'enfant. Comme dans tous les cas connus, il se produisit immédiatement après la naissance et par suite de l'absence de la paroi de devant du bassin une telle sortie de l'utérus que même le fundus descendit dans l'entrée du vagin.

Deux ans après, la patiente accoucha une seconde fois, donc en 1871. Le Docteur Predtetschensky, encore présent à cet accouchement, fut assez aimable pour me faire appeler. Je trouvai une femme d'environ 25 ans, assez vigoureuse et forte, arrivée à la fin de la seconde période de l'accouchement. Pendant chaque contraction de l'utérus, on pouvait constater avec précision une sortie synchrone de la vessie exstrophée, qui ne rentrait qu'à la cessation des efforts. Correspondant à la symphyse manquante il se trouvait une enflure rouge foncé, couverte d'une surface muqueuse mouillée, d'un diamètre transversal de 6 à 7 centimètres et d'un diamètre longitudinal de 3 centimètres qui représentait la vessie exstrophée. On n'y pouvait apercevoir ni rainure en son milieu ni ouverture des uretères. Les parois abdominales n'étaient pas fendues et le nombril était à sa place. A l'examen intérieur la tête se trouvait profondément dans le bassin et, au lieu de la paroi intérieure de la symphyse, on ne sentait qu'une réunion membraneuse des branches défectueuses des os pubis. Je n'ai pas pu me rendre compte si le clitoris était

fendu, ne pouvant me permettre qu'une inspection digitale. L'espace entre les trochanters ainsi qu'entre les deux crêtes iliaques me paraissait plus large que normal; en tout cas, à l'examen manuel, la distance entre la crête et l'épine iliaque était moindre que normale. Au second examen intérieur, de suite après la sortie du placenta, à l'occasion du remplacement de l'utérus sorti, je n'ai pas pu atteindre le promontoire avec le doigt. La concavité du sacrum était moins profonde qu'à l'état normal et facile à atteindre avec le doigt, surtout vers son tiers inférieur; les articulations sacrées apparaissaient comme de légères surélévations inégales. Les suites de couches furent normales et la femme put quitter son lit le dixième jour.

OBSERVATION XXXVI.

GUSSEROW, *Un cas d'accouchement dans un bassin fendu* (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1879).

Le 17 novembre 1878, arrivait une jeune fille de 19 ans, en travail, à la clinique obstétricale de la Charité, avec des signes caractéristiques d'exstrophie de la vessie. Dans le tiers inférieur de la paroi antérieure de l'abdomen, on trouvait la paroi postérieure de la vessie, rouge, sous forme d'une tumeur recouverte d'une muqueuse suintante ayant une hauteur de 7 centimètres sur une largeur de 5 centimètres. A la limite inférieure de la tumeur on voyait facilement les deux orifices des uretères, hors desquels l'urine s'écoulait constamment. Souvent, surtout pendant les douleurs, par l'effet de la musculature abdominale, l'urine était projetée en avant, faisant un arc d'un pied de longueur. La peau du ventre, au pourtour de cette paroi vésicale, était d'apparence cicatricielle et colorée en brun. Il n'existait pas d'ombilic visible. A sa partie inférieure, la paroi vésicale se continuait avec une ligne cutanée large de 2 centimètres, colorée en rouge clair, mais ne possédant plus les caractères de la muqueuse. On peut, malgré cela, la considérer comme la paroi postérieure de l'urètre. Sous ce pont, se montrait un orifice qui avait une hauteur de 2 centimètres et une largeur de 5 centimètres et qui représentait l'orifice vaginal ouvert transversalement.

Cet orifice était entouré d'élévures cutanées très rudimentaires,

irrégulièrement formées, qu'on devait considérer comme les grandes et petites lèvres. A la limite supérieure se montraient deux élevures cutanées plus considérables, qui représentaient les corps caverneux du clitoris fendu.

Sous la peau qui les recouvre, on trouve et on peut sentir des deux côtés l'extrémité des branches horizontales des pubis terminées en pointe émoussée. Celles-ci sont situées à 8 centimètres l'une de l'autre. L'espace compris entre les pubis est formé en partie par ce qui a été décrit plus haut, comme les restes cutanés de la paroi postérieure de l'urètre, en partie encore par la peau qui recouvre extérieurement la pointe des pubis. Cette peau extérieure est recouverte de quelques poils. A la limite inférieure de l'orifice du vagin, on trouve un périnée large de 4 centimètres, qui paraît limité par l'orifice anal reporté en avant et en haut. Ce cas fut encore compliqué par ce fait que, à travers l'orifice étroit et transversal du vagin; se montrait le pied droit de l'enfant jusqu'aux malléoles, et que, contre lui, faisait issue une anse du cordon complètement nouée, au niveau de laquelle on ne percevait plus le poulx. Le fond de l'utérus dépassait la limite supérieure de la muqueuse vésicale d'environ la largeur d'une main.

La malade avait expulsé les eaux deux heures avant son entrée. Les contractions de l'utérus étaient fortes; malgré cela l'accouchement n'avancait pas à cause de l'étroitesse des organes génitaux externes d'une part, et aussi à cause du manque de pression de la paroi abdominale. Il serait mieux de dire que la difficulté la plus grande résidait en ce que la branche antérieure ne trouvait aucun appui à cause de l'absence de la paroi antérieure du bassin, et que, de ce fait, l'effort de levier nécessaire à la sortie des hanches n'était pas possible. A chaque contraction, la partie antérieure de la présentation venait s'appuyer contre l'étroit pont cutané qui réunissait entre elles les terminaisons des branches horizontales des pubis. Le toucher montrait un vagin long d'à peine 3 centimètres, les lèvres du col presque complètement effacées. La malade disait avoir été réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Les dernières règles dataient de la fin de février, et en février dernier, elle avait eu son premier et unique coït. Celui-ci

fut pratiqué dans le décubitus dorsal. Elle n'avait ressenti aucune douleur. Le père de l'enfant doit n'avoir rien remarqué de la malformation ci-dessus décrite. La malade ne peut rien dire d'une hémorragie ou de tout autre signe d'une déchirure de l'hymen. Il n'exista aucun désordre dans le cours de la grossesse. La malade ressent seulement de la lourdeur dans les membres inférieurs et elle se livre à ses occupations en restant assise. Elle se protège avec intelligence contre les excoriations qui pourraient se produire du faite de l'écoulement d'urine.

L'accouchement avait commencé par la perte des eaux; la pro-cidence du cordon ainsi que du pied droit était venue ensuite. Pour les raisons données plus haut, l'accouchement n'avancait pas. A chaque douleur, en effet, la hanche antérieure se trouvait fortement pressée contre le pont cutané qui constituait la paroi antérieure du bassin; aussi craignait-on que ce pont ne se rompit et qu'ainsi il ne se produisit une éviscération. Pour ces raisons, j'extirpai l'enfant, qui était mort, grâce à deux grandes incisions latérales profondes dans le périnée. Ces incisions allaient vers les ischions et avaient pour but d'élargir l'orifice du vagin. L'extirpation réussit sans aucune difficulté; néanmoins, le segment inférieur de l'utérus vint faire largement issue en dehors des organes génitaux externes, à cause de la brièveté du vagin. L'orifice utérin, déchiré, donnait du sang en assez grande abondance après la délivrance.

Les suites de couches se passèrent bien, quoique le segment inférieur de l'utérus restât prolapsé hors des organes génitaux externes et que l'on pût voir autour de l'orifice externe de l'utérus une ulcération de couleur mauvaise due aux sécrétions utérines. Cette ulcération guérit néanmoins sans nécessiter aucune intervention.

OBSERVATION XXXVII.

Th. KLEIN (*Archiv für gynækologie*, 1893, XLIII).

Un accouchement dans un bassin fendu avec exstrophie de la vessie.

Femme Nicolas H. de P..., 29 ans. Entre le 27 décembre 1890, le soir. Issue d'une famille très saine, chez laquelle on ne retrouve

aucune espèce de malformation. Père et mère morts il y a vingt-quatre ans de maladie aiguë. Deux frères et sœurs sont bien portants; une sœur est morte en bas âge. La malade a été réglée à 12 ans pour la première fois, tous les mois ensuite, régulièrement et sans douleur. Jamais de maladie sérieuse. Malgré cela, elle porte depuis sa naissance, dans la région de la vessie, une plaie, très douloureuse, d'où l'urine s'écoule au-dehors involontairement. Pour ce fait, elle a été hospitalisée depuis sa quatrième année à Frankendl.

La malade s'est mariée il y a quatre ans, contre le gré de son entourage. Son mari était atteint de pied bot à un assez grand degré. Le coït n'était possible sans douleur que dans le décubitus latéral. La malade a eu ses dernières règles au commencement d'avril 1890. L'état général pendant la grossesse fut bon. Appétit normal, pas de vomissements. Cependant H... eut à souffrir de grandes douleurs sur la plaie du ventre. La tension de la peau de l'abdomen qui augmentait, les rendit plus intenses, si bien que le plus léger attouchement en ce point était extraordinairement douloureux. La sensibilité de la région était si grande que le simple palper amenait de la résistance et que l'examen interne ne fut possible que sous le chloroforme. Les douleurs ne débutèrent que pendant le voyage pour Heidelberg, trois heures avant que la malade entrât à la clinique.

La corpulence est moyenne. Sa taille est de 1 m. 45; le tronc mesure 76 centimètres; le bras, depuis l'acromion jusqu'à la pointe du médius, 76 centimètres, la jambe, 84 centimètres. Le front est arrondi. Ni le front, ni le crâne ne sont bossués. L'angle de Ludovic est obtus. La poitrine est pendante, les mamelles moyennes, dures. L'aréole est rouge brun, grande comme une pièce de 5 marks. Le mamelon est hémisphérique, raboteux. Le ventre a la forme d'un ovale allongé; sa plus grande circonférence mesure 101 centimètres, la ligne blanche est large de trois doigts. Nombreuses vergetures. On ne voit nulle part un nombril ou son rudiment. A la place où on trouve normalement la symphyse, on voit une surface ovale à grand diamètre transversal, saillant en avant, assez nettement limitée, rouge clair, ayant la couleur d'un morceau de venaison, en partie recouverte de rugosités et douloureuse au

moindre contact : c'est la vessie exstrophée. La paroi postérieure de la vessie, saillante, est large de 5 centimètres et haute de 3 cm. On voit, à peu près au niveau du tiers inférieur de la paroi vésicale, deux petits orifices, qui sont les bouches urétérales. Elles sont situées à 2 centimètres l'une de l'autre. La gauche présente un orifice punctiforme, la droite une petite papille. Il s'en écoule de temps en temps un jet d'urine, surtout pendant la palpation du ventre. A la limite de la vessie, des deux côtés, on voit des places lisses, d'aspect cicatriciel, qui forment des dentelures en haut et sur les côtés. Tout autour de la vessie, on trouve une ligne pigmentée, droite à la partie supérieure, sinueuse sur les côtés. Sur le milieu, contre la ligne blanche, se trouve le maximum de pigmentation. La plus grande partie de la vessie est constituée par une plaie recouverte d'une croûte brune, épaisse, que l'ongle n'entame pas. Vers la gauche et, sur la même ligne, vers la droite, en une petite place, la muqueuse est sèche. Le reste du pourtour est finement granuleux, humide et fortement coloré en rouge.

La partie inférieure de la vessie est une surface large de 5 centimètres, longue de 1 centimètre, tapissée de muqueuse et qui représente évidemment la paroi urétrale. Entre la vessie et cette place, on voit un sillon transversal rempli complètement par l'urine stagnante. Cette urine, vers la partie inférieure, s'écoule de là sur les deux plis cruraux. Cette muqueuse urétrale conduit à un orifice de la largeur du pouce, dont elle est séparée par un sillon profond de $1/2$ centimètre, qui est éloigné de l'appendice xiphoïde de 40 centimètres et représente l'entrée du vagin. A la partie antérieure de l'orifice vaginal, on voit pendre la muqueuse de la paroi antérieure du vagin, sous forme d'une langue à direction transversale.

Des deux côtés de la vulve, à une distance de 5 centimètres l'une de l'autre, on voit les petites lèvres, placées obliquement. La petite lèvre droite est longue de 2 cm. 5, large de 12 millimètres. La gauche est longue de 3 centimètres, et large de 14 millimètres. Toutes deux sont fortement ridées et, sur leurs parois latérales, quelque peu excavées. La largeur des bourelets vaginaux atteint

3 cm. 5. Il n'existe pas de clitoris, bien que la terminaison antérieure des petites lèvres montre des rudiments d'un clitoris divisé. De part et d'autre, à côté des petites lèvres, se trouvent les grandes lèvres, molles, recouvertes de poils sur leur paroi extérieure.

La largeur totale de la vulve, depuis la paroi latérale des grandes lèvres, est de 11 centimètres. Le périnée est long de 5 cm. 5. L'anus est situé plus en avant et plus haut que normalement. A la place où d'habitude se trouve la symphyse, on sent un défaut au niveau duquel les limites osseuses ne sont pas fermées en avant. On peut palper, de part et d'autre de la paroi vésicale, les points proéminents des arcs pubiens. Les limites intérieures des pubis sont situées, les plus antérieures à 10 centimètres, et les plus postérieures à 9 cm. 5 les unes des autres. Les limites intérieures des pubis sont longues de 9 centimètres et sensiblement parallèles.

Dimensions extérieures :

Epine iliaque, 26 centimètres;

Crêtes, 25 centimètres;

Trochanters, 32 centimètres.

On n'a pu mesurer le diamètre de Baudelocque à cause de l'absence de pubis. La crête iliaque droite est plus profonde que la gauche, la dépression rétro-trochantérienne plus marquée à droite qu'à gauche. La dernière côte est située à environ 1 centimètre de la crête iliaque et les apophyses forment dans la région lombaire un arc à convexité droite. Les parties supérieures des cuisses sont incurvées en avant et en dehors, de même que la moitié inférieure des jambes. Le membre inférieur droit, pendant la station, forme un angle à concavité interne. Le pied repose sur le sol fortement retourné en dehors.

Le fond de l'utérus est situé à 4 travers de doigts au-dessous de l'appendice xiphoïde. La matrice a la forme d'un ovale allongé, de consistance rigide, le fond est tourné vers la gauche. Les petites parties fœtales sont senties vers la droite. On perçoit le souffle utérin des deux côtés, et les bruits du cœur à gauche.

Voici les résultats de l'exploration interne :

La vulve admet deux doigts. Le vagin est lisse, et long d'environ 6 centimètres; le col est effacé.

L'orifice utérin, nettement limité, admet deux doigts. La poche des eaux existe encore, très tendue en avant, et à ce moment on sent le ballotement de la tête fœtale.

Le 28 décembre, à 9 heures du matin, perte des eaux. Malgré cela on sent une poche. L'orifice interne mesure 5 centimètres. A 11 heures, on ne sent plus la poche des eaux. L'orifice est large de 2 centimètres. La tête est fixée, on sent la suture sagittale. Les douleurs sont peu fortes, séparées par des intervalles de dix à trente minutes. Après la rupture de la poche, elles deviennent plus violentes et plus rapprochées.

A 11 h. 30, l'accouchement commence. La tête sort du col et se place, l'occiput en avant, les épaules transversalement. La tête avait par suite élargi la vulve comme une pièce de 5 marks. On fit, sous le chloroforme, une double incision, de part et d'autre, de 4 centimètres chacune, et la tête fut extraite par expression du périnée. Les bords de l'incision du côté droit furent réunis par un surjet provisoire au catgut à cause d'une hémorragie assez abondante. Après la sortie complète de l'enfant, l'incision gauche fut immédiatement réunie par un surjet au catgut. Ensuite la suture droite fut décousue et la plaie réunie par un surjet au catgut. A cause d'une hémorragie plus violente après la délivrance, il fut fait un tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée, et du vagin avec de la ouate, puis une injection sous-cutanée de 0 gr. 75 d'ergotine et on donne 1 gramme de poudre de seigle ergoté.

L'enfant, un garçon, vint au monde un peu étonné, mais on le fit bientôt respirer par la manœuvre de Schultze. Il pesait 3 kg. 200 et mesurait 50 centimètres. Les os frontal et occipital avaient glissé sous les pariétaux; le pariétal droit était plus enfoncé que le gauche.

L'enfant ne présentait aucune malformation.

Les suites de couche furent bonnes. La malade se plaignit les premiers jours d'une douleur au ventre, qui était très sensible à la pression. La douleur disparut bientôt. Elle se couchait sur le côté pour que l'urine pût couler par le sillon décrit plus haut et n'humectât pas goutte à goutte la plaie périnéale. Elle ne pouvait évidemment l'éviter complètement.

Les plaies eurent d'abord un aspect blanchâtre, mais bourgeon-

nèrent bientôt par l'emploi d'un pansement ouaté, avec de l'huile de térébenthine et de pavot, 5 grammes de chacune.

Déjà dans le cours de la première, mais plus encore de la seconde semaine, apparut une chute du vagin et du col de l'utérus par la vulve entr'ouverte.

L'accouchée se leva le 20 janvier 1891. Une opération de reconstruction fut renvoyée à plus tard.

Voici les résultats du dernier examen :

La distance entre l'appendice xiphoïde et le bord supérieur de la vessie est de 31 cm. 5. La vessie extrophiée a le même aspect qu'antérieurement. Cependant elle est un peu plus petite et pas aussi tendue qu'autrefois. Les uretères sont rapprochés l'un de l'autre. Le contact de la vessie, des restes uretéraux et une petite place située entre les nymphes, et l'urètre (clitoris) sont très sensibles, mais pas plus que pendant la gravidité.

La paroi antérieure est légèrement prolabée au-dehors, sous forme d'une excroissance mesurant 11 millimètres verticalement, 32 millimètres transversalement, ayant l'aspect d'une langue à concavité tournée vers le bas. Elle porte une ligne transversale, et en haut un épaississement linéaire sous lequel la paroi postérieure du vagin apparaît. Elle est recouverte, en bas et à gauche, par une ulcération jaunâtre. La paroi postérieure est lisse, longue de 3 cm. 5 et réunie à la précédente un peu au-dessus de son milieu. L'orifice utérin n'admet pas l'extrémité du doigt; il est quelque peu décliné en avant et à gauche. La distance du fond de l'utérus à l'orifice extérieur mesure 8 cm. 3, et la cavité utérine, jusqu'aux commissures, 9 centimètres. L'utérus est vertical; on ne peut atteindre le promontoire ni par le vagin, ni par le rectum. La surface postérieure du sacrum est excavée.

Le périnée, en avant des incisions, est large de 3 centimètres. Il mesure 3 cm. 8 depuis l'anus jusqu'à sa limite antérieure. Sa partie la plus médiane fait saillie en avant sous forme d'une élévation demi-circulaire cintrée au milieu et recouverte en avant et en haut de granulations. Elle fait saillie sur le reste du périnée. La distance des deux plis cruraux, les deux jambes écartées, mesure 14 centimètres, lorsque les cuisses sont dans les conditions habituelles,

la région vulvaire mesure 6 centimètres de large, et quand les mal-léoles se touchent, 4 cm. 5. Un sillon commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure descend de là en forme d'arc, en bas et en dedans, entre les régions inguinale et crurale ainsi que les grandes lèvres. A 1 pouce de ce premier sillon s'en trouve un second, plus large et peu profond, qui est placé plus près de la ligne médiane et vient se réunir avec celui du côté opposé aux limites de la vessie et des restes de l'urètre.

La marche de la femme est très vacillante; elle ne peut que se tenir solidement debout, car les os sont écartés de moins de 7 centimètres. Après une longue marche, elle est légèrement fatiguée, d'après ses renseignements et elle éprouve une douleur, transversalement, à la partie inférieure du ventre. Elle s'aide en plaçant ses mains sur ses hanches. Elle s'assoit autant que possible sur le bord de sa chaise, parce qu'elle a ainsi plus de stabilité et que l'urine s'écoule mieux.

CHAPITRE IV

ETUDE CRITIQUE DES FAITS OBSERVES

§ 1. — Organes génitaux externes.

Le nombre de femmes dont les organes génitaux externes sont malformés est un fait frappant. Nous en trouvons en effet 33. L'observation II, qui ne donne aucun détail à leur sujet, doit être négligée. L'observation I, en revanche, s'oppose nettement aux autres par ce fait qu'on n'y relève aucune disposition tératologique, tout est normal; nous reviendrons sur son sujet un peu plus loin, et nous allons exposer quelles sont les malformations rencontrées dans les 35 autres.

La vulve, considérée dans son ensemble, est déplacée; elle est reportée en avant et redressée. Ce déplacement peut être tel qu'elle apparaît tout entière quand la femme est debout. Elle est modifiée aussi dans sa forme; son axe antéro-postérieur est raccourci, et son axe transversal est allongé, ce qui lui donne une forme plus circulaire qu'ovoïde. Les racines des cuisses qui la limitent latéralement sont écartées, l'espace qui les sépare variant de 6 à 8 centimètres, quelquefois davantage. Ces femmes sont incapables de cacher leurs organes génitaux en rapprochant les jambes, « elles sont taillées un peu comme ces chevaux de bois qui servent de jouets aux enfants » (Chaigneau).

Mont de Vénus. — Il n'occupe jamais sa situation normale, car à sa place se situe la paroi postérieure de la vessie exstrophée. Il est divisé en deux parties, dont chacune est située entre le pli de l'aîne et le bord latéro-inférieur correspondant de la paroi vésicale. Ces deux parties sont mal développées, et, avant la puberté, au moment où elles sont encore glabres, il est bien difficile de les délimiter. Après la puberté, elles se recouvrent de poils, et il est plus facile alors d'en limiter les contours.

Grandes lèvres. — Il est impossible d'en décrire une configuration extérieure générale, tant est grande la multiplicité de leurs dimensions et de leur aspect. Entre l'absence complète (1 cas) et un développement normal (2 cas), tous les intermédiaires se rencontrent : traces, rudiments peu développés, sont les termes employés avec autant de fréquence les uns que les autres.

Tout ce que l'on peut dire c'est qu'elles sont atrophiées.

Les rapports qu'elles affectent entre elles ou avec les organes voisins sont modifiés d'une façon à peu près la même partout. Il n'existe pas de commissure antérieure et les grandes lèvres vont en divergeant, pour se continuer avec chaque moitié du mont de Vénus. Tout se passe comme si la grande lèvre allait se perdre au niveau de la paroi abdominale. Dans un cas, on signale l'absence de commissure postérieure.

La face externe, plus horizontale que verticale (station debout), n'entre pas en rapport avec la face interne de la cuisse quand les jambes sont rapprochées; le sillon génito-crural est peu marqué.

Entre les bords libres des grandes lèvres, toujours écartées, apparaissent les petites lèvres.

Petites lèvres. — Ici encore il nous est impossible de donner une description générale ou une disposition fréquemment rencontrée. On relève 1 seul cas où elles sont normalement développées, et 3 cas d'absence complète; tous les cas inter-

médiales se rencontrent. Elles sont donc atrophiées à des degrés divers. Le sillon labial est peu profond et peu marqué. Leurs rapports sont modifiés : elles s'écartent l'une de l'autre d'arrière en avant. Leurs extrémités antérieures ne sont pas réunies sur la ligne médiane et elles se perdent le plus souvent dans la grande lèvre correspondante.

Clitoris. — 13 observations n'en disent rien, 2 fois seulement il est nettement marqué et situé en position normale. Dans 10 cas, il n'a pu être vu, dans les 12 autres on trouve deux moitiés de clitoris séparées par un intervalle variant de 1 à 2 centimètres; la petite lèvre contre laquelle s'adosse une partie du clitoris, lui forme un demi-capuchon sur sa face externe. Dans les deux cas où le clitoris est unique, il n'y a ni capuchon ni frein. Le méat urinaire n'existe que dans l'observation IV, où il se trouve en cul-de-sac.

Le vestibule, qui est délimité par les petites lèvres, le méat urinaire et le clitoris, n'est jamais formé.

Orifice du vagin. — Il occupe une situation plus antérieure que normalement. On note 5 cas où cet orifice n'existe pas. Ces cas se répartissent de la façon suivante : 3 cas avec des malformations des organes génitaux internes, et 2 cas où ces mêmes organes ne sont pas décrits.

Dans l'observation XVI, deux orifices correspondent à deux vagins.

La majorité des auteurs, pour ne pas dire tous, trouvent cet orifice rétréci.

Sur l'hymen, les renseignements sont peu nombreux : 1 cas d'absence, et 4 où il est très épais.

Les diverses parties qui constituent la vulve ne sont pas atrophiées dans la même proportion, à part un cas où l'on ne rencontre ni grandes lèvres, ni petites lèvres, ni clitoris.

En mettant à part les observations I et IV, nous trouverons 34 fois des organes génitaux externes malformés. De leur lecture il se dégage un autre point commun : c'est que toutes se rapportent très nettement à des exstrophies complè-

tes de la vessie, exstrophies compliquées d'un abouchement de l'intestin à la paroi vésicale pour les observations XII, XIII, XIV, XV, XVI; exstrophie simple dans les autres cas.

L'observation IV présente deux particularités : la symphyse pubienne existe et l'on retrouve un méat urinaire. La paroi postérieure de la vessie apparaît à 1/2 pouce au-dessus des pubis. Nous avons affaire dans ce cas à une exstrophie incomplète, car lorsqu'elle est complète les pubis sont écartés et la paroi antérieure de la vessie et de l'urètre manque totalement et il ne se forme point de méat.

L'observation I est très nette : à part la paroi de la vessie, qui apparaît au-dessus du mont de Vénus, tout est normal. C'est encore un cas d'exstrophie incomplète : une fissure vésicale supérieure. Cette malformation (Estar et Vialleton) peut être rapprochée de la fistule vésico-ombilicale par persistance de l'ouraque.

§ 2. — Organes génitaux internes.

Nous avons 10 observations qui ne nous donnent aucun renseignement sur la conformation des organes génitaux internes et ne peuvent, par conséquent, nous servir ici. Il en reste donc 27, et, en ajoutant le cas Hovelacque, cela fait 28. Il en est 20 dans lesquelles les organes génitaux internes sont normalement constitués. Chez 9 de ces femmes, le vagin est plus court que dans la normale. Sa longueur est en moyenne de 5 centimètres. Nous remarquerons aussi que 2 fois l'utérus est petit. Nous pouvons donc considérer dans ces 20 cas que les organes génitaux internes n'ont pas d'anomalies.

Examinons maintenant les observations de XII à XVI.

Dans l'observation XII, on note : deux utérus parfaitement distincts et bien conformés dans toute leur étendue, ayant chacun une trompe et un ovaire petit mais reconnaissable. Il existe deux vagins très courts qui n'ont pas d'issue à l'extérieur.

Dans l'observation XIII : deux ovaires, deux trompes, deux

utérus, deux vagins obstrués. La moitié droite de l'utérus est plus volumineuse; la moitié gauche n'a point de cavité.

Nous trouvons dans l'observation XIV : deux trompes, deux ovaires, utérus double, dont la portion gauche seule est complète, avec un vagin ouvert à la vulve. La trompe et le vagin du côté droit avaient l'apparence d'un simple cordon. L'ovaire droit est normal. La moitié droite de l'utérus n'a pas de cavité.

Observation XV : deux utérus complètement séparés. A gauche, un ovaire, une trompe. Pas de col, pas de vagin. A droite, même chose, mais le col et le vagin existent; il n'a pas d'ouverture à l'extérieur.

L'observation XVI nous rapporte le cas d'un utérus double avec vagin double s'ouvrant tous deux à l'extérieur.

Voilà cinq observations qui présentent plusieurs points communs. Dans toutes, nous trouvons deux utérus, deux trompes, deux ovaires (normaux). Les canaux de Müller se sont ou non accolés suivant qu'on trouve les utérus accolés ou non, mais dans aucun de ces cas le canal utéro-vaginal ne s'est formé. Elles ont un autre point commun, que tous leurs auteurs signalent, et qui a son importance : chez toutes ces femmes, l'intestin communique avec l'extérieur par la région exstrophée de la vessie. Ce sont d'ailleurs les cinq seules observations où l'on note cette nouvelle malformation.

L'observation XI n'est pas précisément très nette et très détaillée. Un fait certain, pas de cavité utérine, et ce point nous suffit à lui seul pour conclure à une malformation congénitale, nous ferons remarquer en outre que dans ce cas un rein et un uretère sont absents.

* L'observation XVII relate un cas de grossesse avec accouchement après huit mois et demi de gestation. L'utérus est bicorne, c'est donc une malformation légère. Elle fut néanmoins la cause de la présentation de l'épaule, qui cause bien des difficultés.

L'observation XVIII, enfin, n'est pas une histoire de malformation congénitale, mais un prolapsus génital.

Si nous résumons ces diverses anomalies des organes génitaux internes, nous voyons qu'il n'existe pas d'anomalie dans 21 cas, qui sont des exstrophies simples complètes.

1 cas avec anomalie dans la même classe d'exstrophie;

1 cas avec anomalie dans lequel un rein et uretère manque;

5 cas avec anomalies dans des exstrophies complètes avec abouchement de l'intestin à la paroi vésicale.

§ 3. — Physiologie de ces organes génitaux.

Menstruation : — Sur les 38 observations, il en est une (Obs. XXI) qui rapporte le cas d'une jeune fille âgée de 15 ans qui n'est pas réglée; vu son âge, nous ne pouvons rien en conclure. Le sujet de l'observation XI, dont l'utérus ne présente pas de cavité, mis à part, nous voyons que 16 de ces femmes ont dépassé l'âge de la puberté et qu'elles ont été toutes réglées, règles normales et régulières; comme on admet communément que la chute de l'ovule coïncide avec l'époque de la menstruation, nous pouvons en conclure que l'ovulation est normale.

Grossesses. — 8 de ces femmes sont devenues enceintes. Il en est une (Obs. XXXV) qui a eu deux grossesses, ce qui nous donne un total de 9. Elles furent normales et même particulièrement heureuses par l'absence de troubles au début. 7 furent menées à terme. Une fut interrompue au septième mois (Obs. XXXIV). On en ignore les causes. L'autre, très vraisemblablement à cause de la malformation utérine, (Obs. XVII) donna lieu à un accouchement à 8 mois.

Accouchements. — La durée du travail fut normale, les contractions utérines suffisantes dans 8 cas. On note un forceps. Ces accouchements furent normaux, sauf en ce qui concerne la sortie de l'enfant. Le déplacement en avant de l'orifice vulvaire et son étroitesse empêchent l'enfant de sortir et il fut pratiqué 5 fois des incisions pour agrandir cet orifice. La

malade de l'observation XXXII accouche par une déchirure du périnée.

Au point de vue des résultats et des présentations nous notons :

5 présentations du sommet avec 5 enfants vivants;

2 présentations du siège avec 2 décès;

1 présentation de l'épaule (utérus bicorne) version par manœuvre interne, enfant mort;

1 accouchement prématuré d'un fœtus macéré.

La délivrance fut normale.

Un point intéressant à noter : tous ces accouchements furent suivis d'un prolapsus génital qui se produisit immédiatement.

En résumé, on peut conclure que l'état physiologique est normal.

CONCLUSIONS

I. — Dans l'exstrophie de la vessie complète, les organes génitaux externes sont toujours malformés.

II. — Lorsque l'exstrophie de la vessie est la seule malformation existante des organes urinaires, les organes génitaux internes sont normaux.

III. — Lorsqu'il existe un abouchement de l'intestin à la paroi postérieure de la vessie (persistance du cloaque interne en totalité ou d'une partie), les organes génitaux internes sont malformés.

IV. — La physiologie de ces organes génitaux est normale dans le plus grand nombre de cas : règles, grossesse, accouchement.

V. — Les faits observés et les déductions embryologiques concordent.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

• *Le Président,*

G. SIGALAS.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 21 mai 1929,

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

Relative à l'Exstrophie de la vessie chez la femme.

- ALLEN. — Exstrophy of the bladder. *Journ. of the Amer. med. Ass.*, Chicago, 1899, p. 258.
- AMMON. — Exstrophie vésicale féminine. *Tafeln. zu den angeb. chir. krankheiten des Menschen*, 1838, t. XVI.
- ANDERSON. — A case of extroversion of the bladder. *Trans. of the Clin. Soc., Londres*, 1891-1892, p. 78.
- ARQUELLADA. — Tres casos de estrofia de vejiga. *Pediatrica Espanola*, 1918, p. 274.
- ASCHÉ. — Bifidité et inversion de la vessie (2 observations de fillettes). *Schmidt's Jahrbucher*, Bd. 156, 1872, p. 68.
- AYRES. — Exstrophie vésicale. Accouchement. Opération chirurgicale consécutive. In Litzmann, Mémoire sur la bifidité du bassin, in *Arch. für Gynecol.*, t. VI, p. 266.
- BADIN. — Exstrophie de la vessie. *Gaz. hebdomadaire de médecine*, Paris, 1883, p. 129.
- BANON. — Exstrophy of the bladder. *Proceedings of the Pathol. Society*, Dublin, 1862-1865, p. 147.
- BARDON. — Une nouvelle observation d'exstrophie vésicale chez une femme. *Journ. d'urologie médicale et chirurgicale*, 1923, t. II, p. 384.
- BARRAS. — A propos d'un cas d'exstrophie de la vessie. *Presse médicale*, 1914, p. 344.
- BARBÉ. — Exstrophie vésicale chez une fillette de 10 ans. *Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 286.
- BARROW. — A case of ectopia vesicae in a female child after operation. *Lancet*, 1888, p. 1071.
- BATCHELOR. — Exstrophy of the bladder. *Trans. of the South Surg. and Gyn. Assoc.*, 1907, p. 531.

- BÉGOUIN. — Exstrophie de la vessie. *Bull. Soc. anat. et de phys. de Bordeaux*, 1888, p. 308.
- BERG. — On the treatment of ectopia vesicae. *Surg. Gyn. and obst.*, Chicago, 1907, p. 461.
- BERGER. — Exstrophie de la vessie. *Sem. méd.*, Paris, 1883, p. 5.
— Exstrophie complète de la vessie chez une jeune fille. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1883, p. 461.
— Restauration de la cavité vésicale et du canal de l'urètre par la méthode autoplastique chez une petite fille atteinte d'exstrophie de la vessie. *France méd.*, Paris, 1889, p. 894.
- BESTE. — Ein fall von harnblasenectopie bei einem monate alten Mädchen. Thèse Fribourg-Brisgau, 1889.
- BLOND. — Extraversion of the bladder, its treatment by extraperitoneal implantation of the ureters into the rectum. *British Med. Journ.*, London, 1906, p. 1151.
- BLOOM. — Exstrophie of the bladder. *Arch. pediatr.*, New York, 1896, p. 43.
- BRANDL. — A contribution to the study of ectopia vesicae. *Amer. Journ. of Urology*, New York, 1913, p. 333.
- BRAUN. — Ueber die ektopia vesicae im anchluss an einem fall von ektopia vesica Hernia umbiliculi und uterus myomatous. Thèse Munich, 1912.
- BRESER. — Exstrophy of the bladder. *Transact. of the New York surg. Soc.*, Philadelphie, 1913, p. 05.
- BROCA. — Exstrophie de la vessie. Malformation intestinale concomitante. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1887, p. 791.
- BRUM. — Exstrophie vésicale chez une fillette de 4 ans. *Gaz. des hôp.*, 1873, p. 363.
- BUCHANAN. — Exstrophy of the bladder. *Intern. Journ. of Surgery*, New York, 1909, p. 143.
- BARKE. — Exstrophie de la vessie chez la femme. Un cas opéré avec succès par la méthode extra-péritonéale. *Annals of Surgery*, 1921, n° 1, p. 100; réun. in *Journ. de chir.*, t. XVIII, p. 312.
- CAMPBELL. — Exstrophy of the bladder. *Medical Times*, New York, 1914, p. 299.

- CHAIGNEAU. — Exstrophie vésicale et grossesse. Thèse Bordeaux, 1904-1905, n° 11.
- CHABÉ. — Procédés de choix du traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie dans le sexe féminin. *Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, 27 nov. 1921.
- CHAMPNEYS. — A case of extroversion of the bladder in a female child with dissection. *St-Barth. Hosp. Rep., Londres*, 1877, p. 4.
- Extroversion of the bladder. *Trans. of the Obs. Soc., Londres*, 1882-1883, p. 240.
- CHAVANE. — A case of illustrating a method of treating extroversion of the bladder in the female. *The Lancet*, Londres, 1899, p. 161.
- CLARK. — Exstrophy of the bladder. *New Orleans Med. and Surg. Journ.*, 1915, p. 653.
- CLÉMENT. — Exstrophie vésicale féminine. *Arch. gén. de méd.*, 2^e série, 1833, p. 276.
- COATES. — Exstrophie vésicale chez un enfant du sexe féminin. *Edinburgh Med. and Surg. Journ.*, 1805, p. 39.
- COHRS. — Un cas complexe d'exstrophie vésicale. *Rev. de gyn. et de chir. abdominale*, Paris, 1911, p. 403.
- COLEMAN et WILKINSON. — Exstrophy of the bladder. *Surgery Gynecol. and Obst.*, Chicago, 1918, p. 678.
- COOMBE. — Case of plastic operation for extroversion of the bladder. *Quart. Med. Journ.*, Sheffield, 1894-1895, p. 110.
- COOPER. — Exstrophie vésicale chez une fille de 22 ans. *Edinburgh Med. and surg. Journ.*, 1805, p. 129.
- CERNER. — A case of ectopia vesicae. *Med. press and circ.*, Londres, 1914, p. 121.
- CREDE. — Exstrophie vésicale féminine. *Annalen der Carite*, Berlin, 7^e année, 1856, Heft 3.
- CRÉPIN. — Exstrophie congénitale de la vessie. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1903, p. 32.
- DAGNEAUD. — De la valeur des différents traitements chirurgicaux de l'exstrophie de la vessie dans le sexe féminin. Thèse Bordeaux, 1906-1907, n° 106.

- DALBE ORE. — Estrofia totale della vesica; urinaria autoplastica delle Thiersch. *Atti. d. ass. Med. Lomb.*, Milan, 1896, p. 217.
- DEPAUL. — Exstrophie vésicale féminine. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1853, p. 282.
- DIETRICH. — Ueber die aetiologie der Blasenectopie. *Munchener, Med. Woch.*, 1904, p. 414.
- DOWDEN. — Exstrophie de la vessie. Anastomose latérale entre le côlon iliaque et la dernière portion du côlon pelvien. Transplantation des uretères. *Edinburgh Med. Journ.*, 1909, n° 1, janv., p. 34.
- DUDLEY. — Exstrophy of the bladder. *Amer. Journ. Obst.*, New York, 1890, p. 97.
- DURET. — Sur un cas d'exstrophie de la vessie. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 1891, p. 241.
- EARLE. — Exstrophie vésicale chez une fillette de quinze ans. *Gaz. méd. de Paris*, 1833, p. 246.
- EDMUNDS. — Ectopia of the bladder. *The Practitioner*, Londres, 1914, p. 501.
- EVERITT. — Eversion of the bladder. *Lancet Clin.*, Cincinnati, 1906, p. 725.
- FAURE et HARTMANN. — Exstrophie de la vessie. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1887, p. 148.
- FEINBERG. — Inversio vesica urinaria per firsuram abdominis cum atresia vaginae in a new born female infant. *J. Akush. Jensk. Boliez*, Saint-Pétersbourg, 1894, p. 967.
- FILOMUSI GUELF. — Un caso di estrofia della vesica urinaria. *Giorn. internaz. de sc. med.*, Naples, 1886, p. 471.
- FORGUE. — La technique de l'opération de Maydl dans la cure de l'exstrophie vésicale. *Rev. de gyn. et de chir. abdominale*, 1902, p. 607.
- FORMIGGINI. — Contribution à l'étude histologique de la muqueuse vésicale exstrophée. *La riforma medica*, 1920, p. 252.
- FORSSENER. — Till behandlingen av. exstrofia vesicae. *Allm. sven. Lakardio*, Stockholm, 1916, p. 581.
- FOWLER. — Exstroversion of the bladder. *Ohio Med. Journ.*, Columbus, 1882, p. 526.

- FRANK. — Ein kind mit ectopia vesicae. *Monatschr. für Geburtsh. und Gynakol.*, 1916, p. 86.
- FRIEDLANDER. — Exstrophie vésicale chez une fillette de 25 jours. *Verhand. der Gesellschaft für Geburtshilfe*, Berlin, 1857, Heft IX, S. 61.
- FROELICH. — Exstrophie de la vessie chez une fillette de 12 ans. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1911, p. 717.
- GASTER. — A case of ectopia vesicae with operation. *British. Med. Journ.*, Londres, 1894, p. 1077.
- GINSBURG et PREDTETSCHENSKY. — Deux cas de grossesse chez des femmes atteintes d'exstrophie vésicale. *Petersburger Medicinische Zeitung*, 1872-1873.
- GOSSELIN. — Exstrophie vésicale féminine. *Gaz. des hôp.*, 1831, mars, n° 37.
- GUSSEROW. — Un cas d'accouchement avec exstrophie vésicale. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1879.
- HAGGARD. — Exstrophy of the bladder. *South. Med. Journ.*, Birmingham, 1917, p. 862.
- HARRINTON. — Congenital exstrophy of the female bladder in a child. *North. West Lancet*, Minneapolis, 1904, p. 269.
- HEATH. — Two cases of extroversion of the bladder. *British Med. Journ.*, London, 1883, p. 1041.
- HEINSIUS. — Geheilte fall von Blasenektomie. *Verhandlung d. deutsche Gesellschaft f. Gynak.*, 1911, p. 762.
- HERGOTT. — De l'exstrophie vésicale dans le sexe féminin. Thèse Nancy, 1874.
- HOVELACQUE. — Etude anatomo-pathologique de l'exstrophie complète de la vessie. *Journ. d'urologie méd. et chir.*, 1912, p. 43.
- HOWE. — Exstrophy of the bladder; hermaphroditism. *Electr. med. Journ.*, Cincinnati, 1890, p. 9.
- JAMAIN. — De l'exstrophie ou extroversion de la vessie. Thèse Paris, 1845.
- KAISERLING. — Ueber ektopia vesicae. Thèse Halle, 1903.
- KLEIN. — Un accouchement dans un bassin fendu avec exstrophie de la vessie. *Arch. für Gynakologie*, 1893.

- KLEINSCHMIDT. — Nouvelle modification du procédé de Maydl pour exstrophie vésicale. *Zentralblatt f. chirurgie*, 1920, t. 47, n° 46, p. 1386.
- KLEINWACHTER. — Exstrophie vésicale chez une jeune fille de 15 ans. *Monatsch. für Geburtshilfe*, 1869, p. 81.
- LANDI. — Contribuzione alla storia clinica della estrofia vesicala. *Sperimentale*, Firenze, 1876, p. 531.
- LASTORIA. — Cericora sulla mia proposta di modificatione ai processi Cuneo, Heitz Boyer e Hovelacque pr la cura della estrofia vesicale. *Archiv. ital. di Ginec.*, Naples, 1913, p. 43.
- LAURENT. — L'exstrophie vésicale. *La Clinique*, Bruxelles, 1903, p. 815.
- LEBOUCQ. — Exstrophie complète de la vessie urinaire. *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1876, p. 91.
- LECENE et HOVELACQUE. — Les cancers développés sur la vessie exstrophée. *Journ. d'urol.*, n° 4, 15 avril 1912, p. 493; réun. in *Journ. de chir.*, t. VIII, p. 715.
- LEGUEU. — Article Exstrophie vésicale in *Traité chirurgical d'urologie*, Alcan, édit., 1910.
- LEJORS. — Exstrophie de la vessie. *Bull. et mém. Soc. nat. de chir. de Paris*, 1908, p. 1190.
- LEMERY. — Exstrophie vésicale chez une jeune fille. *Mém. de l'Acad. des Sciences*, 1741.
- LEOPOLD. — Exstrophie vésicale féminine. *Monatschr. für Geburtskunde*, 1861, p. 357.
- LITZMANN. — Mémoire sur la bifidité du bassin (Une obs. personnelle d'accouchement). *Arch. f. Gynak.*, 1872, p. 266.
- LOTSCH. — Du traitement opératoire de l'exstrophie vésicale. (V. la 3^e observation). *Zeitschrift. für Urologie*, 1923, p. 385; *Anal. Journ. de chir.*, p. 313, t. XXIII.
- MAKKAS. — Le traitement de l'exstrophie vésicale en utilisant le caecum comme vessie et l'appendice comme urètre. *Zentral. f. chir.*, 13 août 1910, p. 1073.
- MARCAS. — Etude sur l'exstrophie vésicale. *Journ. de méd. et de pharm. de Bruxelles*, 1890, p. 277.

- MARION. — Histoire d'une exstrophie vésicale chez une femme. *Presse méd.*, Paris, 1910, p. 145.
- MARTEL. — Preliminary report of a case of exstrophie of the bladder. *Amer. Journ. obst.*, New York, 1916, p. 681.
- MASLAND. — A case of exstrophy of the bladder. *Med. news*, Philadelphia, 1894, p. 489.
- MAYDL. — Exstrophie vésicale chez une femme. *Wiener Med. Wochenschrift*, 1896.
- MEYER. — Ueber Blasenecktopie. Thèse de Zurich, 1908.
- MEYN. — Exstrophie vésicale chez une fillette de 11 ans. *Isis d'Oken*, 1830, p. 881.
- MILLER et KING. — Complete exstrophy of the bladder with split pelvis as a complication of pregnancy. *Amer. Journ. Obst.*, New York, 1918, p. 267.
- MORREISON. — A case of cloacal vesical exstrophy in the female. *Transact. of the Edinburgh Obst. Soc.*, 1913-1914, p. 17.
- MUGNIERY. — Résultats éloignés de l'opération de Maydl pour exstrophie de la vessie. *Lyon chir.*, juill.-août, 1921, p. 481.
- NEBEL. — Exstrophie vésicale chez une petite fille de trois mois. *Acta Acad. Theodora Palatinae (Mannheim) Persphysica*, 1784, p. 345.
- NEUGEBAUER. — Exstrophie congenita vesicae urinariae. *Parm. Towarz. Lek. Warszaw*, 1870, p. 5.
- OGSTON. — Ectopia and other imperfection. *Journ. anat. phys.*, Londres, 1882, p. 86.
- ORLOW. — Traitement opératoire de l'exstrophie de la vessie. *Rev. de...*
- OTTO. — Exstrophie vésicale chez une petite fille de 2 ans. *Seltene Beobachtung zur anat. Phys. und Pathologie*, 1 vol. in-4°, Breslau, 1816.
- D'OUTREPONT. — Beobachtung und bemerkungen (Exstrophie fillette 13 ans). *Gemeins Deutsche Zeitschrift. für Geburtsk.*, 1842, p. 33.
- PACKORT. — Eversion of bladder as a late sequel of mutilation found by rape in early childhood. *Annals of surgery*, Philadelphie, 1914, p. 555.

- PARKER. — Exstroversion of the bladder. *Med. chir. Journ.*, Liverpool, 1881, p. 192.
- PENCHIENNATI. — Exstrophie vésicale chez une petite fille. *Mém. de l'Acad. roy. des Sciences de Turin*, 1784, 1^{re} part., p. 387.
- PEREY. — Exstrophie vésicale chez une femme adulte. *Bull. de la Fac. de méd. de Paris*, 1811, n° 8, p. 171.
- PERSTAT. — Exstrophie vésicale chez un mort-né du sexe féminin. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1838, p. 69, t. XIII.
- PETERSEN. — El Tilfoelde af total ectopia vesicae med. Vagunadeфект og sekundært udviklet Cancer vesicae hos en 62 aarig Kvinde. *Ugeskr. f. Læger*, Copenhagen, 1913, p. 1141.
- PHOCAS. — Exstrophie de la vessie chez une fillette. Nouveau procédé opératoire. XII^e Congrès de chirurgie, Paris, 1898.
- PICARD. — Exstrophie de la vessie. *Bull. Soc. de méd. d'Angers*, 1879-1880, p. 88.
- PILGRAMM. — Ueber Bildungsfehler der weiblichen Blase und urethra mit besonderer Berücksichtigung der Inversio vesicae urinariae der Prolapsu per urethram. Thèse Bonn, 1892.
- PORTER. — Extroversion of the bladder. (*Journ. of the Amer. med. Ass.*, Chicago, 1890, p. 529.
- POTHERAT. — Des lésions de la ceinture pelvienne dans l'exstrophie vésicale. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir. de Paris*, 1912, p. 734.
- PRINCE. — Exstrophy of the bladder. *Gaillards Med. Journ.*, New York, 1882, p. 330.
- PUECH. — Exstrophie vésicale chez une jeune fille. *Gaz. des hôp.*, 1857, p. 586.
- READ. — Exstroversion of the bladder. *Ann. Anat. and surg. Brooklyn*, New York, 1882, p. 271.
- REMEDE. — Un caso di estrofia della vesica. *Clin. chir.*, Milan, 1906, p. 608.
- REWEGOTTI. — Contributo alla cura radicale dell'estrofia della vesica. *Gazz. med. di Torino*, 1895, p. 917.
- RICHELOT. — Sur un cas d'exstrophie vésicale. *Union médicale*, Paris, 1886, p. 601.
- Exstrophie de la vessie. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1894, p. 608.

- RICKETS. — Exstrophy of the bladder. *Med. Record.*, New York, 1894, p. 458.
- RIZET. — Exstrophie vésicale chez une fillette de 8 jours. *Gaz. méd. de Paris*, 1861, p. 225.
- ROBERTS. — Nouvelle méthode opératoire pour le traitement de l'exstrophie vésicale. *The Lancet*, 1921, p. 1125.
- ROBINEAU. — Exstrophie de la vessie. *Bull. et mém. Soc. nat. de chir. de Paris*, 1911, p. 1367.
- ROBINSON. — A case of ectopia vesicae. *Trans. of the Clin. Society*, Londres, 1896, p. 243.
- ROBSON. — Extroversion of bladder. *British Med. Journ.*, 1885, p. 222.
- ROLOFF. — Sur le traitement opératoire de l'exstrophie vésicale (fillette). *Zentralblatt f. chirurgie*, 1^{er} nov. 1921, p. 2432.
- Exstrophie vésicale chez une fillette de 3 jours. Soc. obstétricale de Londres, 7 mai 1873, in *Obstetrical Transactions*, p. 125.
- SAGE. — Un cas rare d'exstrophie vésicale avec disjonction des pubis. *Amer. Journ. of Obst. and Gynecol.*, Chicago, oct. 1924.
- SHILD. — Ein fall von congenitaler ectopie der Harnblase bei einem 1 1/2 Jahrigen Madehen. Arb. aus dem path. Institut zur München, Stuttgart, 1886, p. 231.
- SCHMIDT. — A report of a case of exstrophy of the bladder with split pelvis in a woman the mother of two children. *Transact. of the clin. Soc. Univers. Mich. Ann. Arbor*, 1911-1912, p. 8.
- SCHOO. — Totale ectopia vesicae bij 51 jarige vroum. *Nederl. Tijdsch. V. Geneesk.*, Amsterdam, 1918, p. 1667.
- SHATTOCK. — Ectopia vesicae. *Trans. of the Path. Soc.*, Londres, 1886-1887, p. 170.
- VON SIEBOLD. — Exstrophie chez une jeune fille de 10 ans. *Journ. für Geburtsh. Und Kinderkrankh.*, t. XII, p. 379.
- SIMPSON. — A case of ectopia vesicae. *British. med. Journal*, 1914, p. 1228.
- SMITH. — Case of sucessful operation for exstroversion of the bladder in a female. *The Lancet*, Londres, 1885, p. 8.

- SPOHN. — Extroversion of the bladder. *Texas Med. Journal*, Austin, 1895-1896, p. 340. /
- STEVENS. — A study of exstrophy of the bladder. *Surgery Gynecology and obst.*, Chicago, 1916, p. 702. —
- STEBENRANCH. — Ueber extopia vesicae beim weiblichen Geschlecht mit besonder Beruchrichtigung von 3 mit Graviditat complicaten Fallen. Thèse Berlin, 1879.
- TARVER. — Exstrophy of the bladder in a girl of thirteen years, operation relief. *Med. Record*, New York, 1897, p. 49.
- THIÉBAULT. — Exstrophie vésicale et accouchement. *Journ. de méd. de Sédillot*, 1909, p. 373.
- THOMAS. — Exstrophie de la vessie. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1890, p. 100.
- THOMSON. — Extroversion of the bladder. *Trans. of the Med. Chir. Soc. of Edinburgh*, 1904-1905, p. 159.
- TIMMER. — Ectopia vesicae bij een meisje (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., Amsterdam, 1905, p. 1017.
- VROLIK. — Exstrophie vésicale dans le sexe féminin (Mémoires sur quelques sujets intéressants d'anatomie et de physiologie). Trad. Fallot, 1822, p. 65.
- WALLING. — Exstrophy of the bladder. *Philadelphia Med. Times*, 1887-1888, p. 697.
- WALSHAM. — On extroversion of the bladder. *The Practitioner*, London, 1899, p. 151.
- WORELINS. — Operative method for exstrophy of bladder with report of a case. *Surger. Gynecol. and Obst.* Chicago, 1911, p. 158.
- WHITAERE. — Exstrophy of the bladder Maydl operation. *Trans. of the South. Surg. and Gyn. Assoc.*, Philadelphie, 1910, p. 530.
- WILLARD. — Exstrophy of the bladder, pubic bones absent. *Trans. of the Acad. surg.*, Philadelphie, 1899, p. 134.
- WINSBOW. — Report of a case of exstrophy of the bladder operated on nearly thyrtty years ago. *Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, 1916, p. 350.
- WOLFF. — Exstrophie vésicale chez une fillette de 2 ans. Vermischte

abhandlung einer Gesellschaft praktischer Aerzte in Sankt.
Petersbourg, 1831, t. IV.

WOODMAN. — Extroversion of the bladder with special reference to
its anatomy and operative treatment in the female subject.
Arch. Middlesex. Hosp., Londres, 1911-1912, p. 8.

ZAKRZHOVSKI. — Ectopia vesicae urinariae in a girl 17 years old. Trudi
I Prot. tok. Imp. Kavkazok. Med. Obsh., Tiflis, 1913-1914,
p. 206.

ZESS. — Ueber die chirurgische behandlung der Blasenectopie (*Arch.
f. Klin. Chir.*, Berlin, 1887, p. 753).



